

INSTITUTO POLITECNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM
SAÚDE COMUNITÁRIA

EMPODERAMENTO DA PESSOA
COM DIABETES TIPO 2

Projeto de Intervenção

Maria Teresa Beja Pereira Ferreira Guerra

Beja
2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Saúde

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem em
Saúde Comunitária**

**EMPODERAMENTO DA PESSOA
COM DIABETES TIPO 2**

Projeto de Intervenção

Projeto apresentado na Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Beja

Elaborado por: Maria Teresa Beja Pereira Ferreira Guerra

Orientado por:

Prof. Adjunto

Maria Miquelina da Fonseca Pena

Mestre em Ciências de Enfermagem

Beja

2012

"Todo o Humano é o autor da sua saúde e doença"

Buda

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração do presente projeto contribuíram diversas pessoas, sem as quais não teria sido possível ou teria sido mais difícil a sua concretização, nas condições e no tempo de que dispunha. Por este motivo, tendo em conta os mais elementares princípios de reconhecimento e gratidão, expresso os meus agradecimentos.

À Professora Maria Miquelina Fonseca Pena, que com toda a sua dedicação, disponibilidade e profissionalismo me acompanhou e ajudou nesta importante caminhada;

À Enfermeira Isilda Maria Guerreiro da UCSP de Santiago do Cacém responsável pelo Programa de Diabetes desta unidade, pelo seu apoio, pela pertinência das suas observações e sugestões oportunas.

Ao Dr. Rui Calado pela sua disponibilidade na recolha de elementos nos processos clínicos.

Às pessoas com diabetes tipo 2 que acederam colaborar nos questionários.

Aos meus pais por me terem dado a vida e educação.

À minha mãe, pela recordação das palavras meigas de compreensão e incentivo que sempre me deu quando precisava e que ficaram gravadas na minha memória.

Ao meu marido pela compreensão e apoio com que me envolveu nos períodos de trabalho mais intenso e de maior tensão.

Aos meus tesouros Bruno e Tiago pela compreensão das horas não passadas com eles,

A todos o meu muito obrigado.

RESUMO

Com o aumento da longevidade humana e os avanços da medicina, o aumento da prevalência de doenças crônicas, como a diabetes relacionadas com os hábitos alimentares pouco saudáveis o sedentarismo e novos estilos de vida adotados, conduz a novas necessidades de saúde, um dos grandes desafios deste século será o de diminuir a incidência destas doenças e minimizar as suas consequências. O que inevitavelmente pressupõe mudanças no estilo de vida. A prevalência da diabetes é superior na classe etária dos 65 ou mais anos, pelo que importa promover a literacia em saúde e o empoderamento deste grupo.

Diariamente o diabético é confrontado com a necessidade de desenvolver um conjunto de ações comportamentais para cuidar de si próprio (autocuidado), tornando-se importante o acesso à informação para promover a capacidade do individuo de compreender e gerir a doença no dia-a-dia, ou seja capacitar o individuo, promovendo a literacia em saúde e o empoderamento deste. Os profissionais de saúde são confrontados com a necessidade de utilizar estratégias para motivar as populações a aderirem a estilos de vida mais saudáveis. Melhorar o nível de conhecimentos sobre a diabetes e encontrar estratégias facilitadoras da mudança de estilos de vida da pessoa com Diabetes tipo 2 com vista à promoção da saúde, melhorar o controlo da glicemia e minimizar as consequências desta doença crónica, melhorando a qualidade de vida da pessoa com diabetes. Assim sendo, a efetividade das intervenções de enfermagem comunitária na área da doença crónica, nomeadamente da diabetes passa por planear de forma estratégica ações de sensibilização e de transmissão de conhecimento que visem mudanças comportamentais promotoras de saúde.

Neste sentido, foi desenhado o projeto de intervenção comunitária intitulado Empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2, o qual tem como finalidade, promover a literacia em saúde, e como objetivos, criar um espaço de aquisição/desenvolvimento de competências na área da gestão da saúde/Diabetes Tipo 2 para que a população da freguesia de Santiago do Cacém, com idade igual ou superior a 65 anos de idade portadora de Diabetes Tipo 2 possa desenvolver competências na área da gestão de saúde e autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Idosos; Literacia em Saúde, Empoderamento, Enfermagem comunitária

ABSTRACT

With increased longevity and medical advances, the increased prevalence of chronic diseases such as diabetes related to unhealthy eating habits and sedentary lifestyle adopted new lifestyles, leads to new health needs, a major challenge this century will be to reduce the incidence of these diseases and minimize their consequences. What inevitably requires changes in lifestyle. The prevalence of diabetes is higher in the age group of 65 or more years, so it is important to promote health literacy and the empowerment of this group.

Daily Diabetic is confronted with the need to develop a set of behavioral actions to take care of themselves (self-care), making it important access to information to promote the individual's ability to understand and manage the disease in day-to-day , that is empowering the individual, promoting health literacy and the empowerment of this. Health professionals are faced with the need to use strategies to motivate people to adhere to healthier lifestyles. Improving the level of knowledge about diabetes and find strategies that facilitate change in lifestyles of people with Type 2 diabetes with a view to promoting health, improving glycemic control and minimize the consequences of this chronic disease, improving quality of life person with diabetes. Thus, the effectiveness of nursing interventions in the community of chronic disease, including diabetes goes through a strategic planning awareness and transmission of knowledge aimed at promoting health behavior change.

In this sense, a community intervention program, cu titled "Community Type 2 Diabetes person's Empowerment" has been drawn, which aims to promote literacy in the health's field, which objectives are to create a space in the management health's area, where the population living around Santiago do Cacém's suburbs area, age above 65 years old, who are suffering from Type 2 Diabetes can achieve a good skill's level of knowledge in the health's management that allow them to be self-caring.

Keywords: Diabetes Mellitus, Elderly, Literacy health's, Empowerment, Community Nursing.

INDICE

	p.
0- <u>INTRODUÇÃO</u>	16
1- <u>JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE SAÚDE</u>	20
2- <u>OBJETIVOS</u>	26
3- <u>QUADRO DE REFERÊNCIA</u>	29
3.1- A DIABETES MELLITUS COMO DOENÇA CRONICA	30
3.1.1- <u>Complicações da diabetes</u>	33
3.1.2- <u>Tratamento na diabetes</u>	36
3.2- CAPACITAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DO DIABETICO PELO ENFERMEIRO	39
3.3- PROMOÇÃO DA SAÚDE,CAPACITAÇÃO, EMPODERAMENTO	46
3.4- LITERACIA EM SAUDE	48
3.5- MODELO DE ENFERMAGEM DE NOLA PENDER	50
4- <u>OPÇÕES METODOLOGICAS</u>	57
4.1- POPULAÇÃO	57
4.2- FINALIDADE	57
4.3- OBJETIVOS	58
4.4- DIAGNÓSTICO DA POPULAÇÃO	58
4.5- FUNDAMENTAÇÃO DO PLANEAMENTO	79
4.6- RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	84
4.7- ANÁLISE DA ESTRÁTEGIA ORÇAMENTAL	84
4.8- CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	84
4.9- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	87
5- <u>RESULTADOS OBTIDOS</u>	91
6- <u>LIMITAÇÕES</u>	94
7- <u>QUESTÕES ETICAS</u>	95
8- <u>CONCLUSÃO</u>	96

9-	<u>BIBLIOGRAFÍA.</u>	98
	ANEXOS	109
	Anexo I	110
	Anexo II	122
	Anexo III	124
	Anexo IV	126
	Anexo V	128
	Anexo VI	130
	Anexo VII	132
	Anexo VIII	134
	Anexo IX	136
	Anexo X	138
	Anexo XI	140
	Anexo XII	142
	Anexo XIII	144
	Anexo XIV	147
	Anexo XV	150
	Anexo XVI	152
	Anexo XVII	155

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico nº 1- Distribuição dos inquiridos com alimentação saudável no total de dias da semana.	61
Gráfico nº 2- Distribuição dos inquiridos com plano alimentar cumprido recomendado por profissional de saúde no total de dias da semana.	61
Gráfico nº 3- Distribuição dos inquiridos com consumo de cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais no total de dias da semana.	62
Gráfico nº 4- Distribuição dos inquiridos com consumo de pão as refeições no total de dias da semana.	62
Gráfico nº 5- Distribuição dos inquiridos com consumo conjunto de Arroz, batatas, feijão e massa no total de dias da semana.	63
Gráfico nº 6- Distribuição dos inquiridos com consumo de mais de um copo de bebidas alcoólicas às principais refeições no total de dias da semana.	63
Gráfico nº 7- Distribuição dos inquiridos com consumo de mais de um copo de bebidas alcoólicas fora das principais refeições no total de dias da semana.	64
Gráfico nº 8- Distribuição dos inquiridos com consumo de doces no total de dias da semana.	64
Gráfico nº 9- Distribuição dos inquiridos com consumo de açúcar como adoçante no total de dias da semana.	65
Gráfico nº 10- Distribuição dos inquiridos com prática de atividade física continua pelo menos durante 30 minutos no total de dias da semana.	65
Gráfico nº 11- Distribuição dos inquiridos com prática de atividade física específica no total de dias da semana.	66

Gráfico nº 12-	Distribuição dos inquiridos com avaliação da glicemia capilar no total de dias da semana.	66
Gráfico nº 13-	Distribuição dos inquiridos com auto avaliação dos sapatos no total de dias da semana.	67
Gráfico nº 14-	Distribuição dos inquiridos com auto- exame dos pés no total de dias da semana.	67
Gráfico nº 15-	Distribuição dos inquiridos com toma de medicação para a diabetes conforme prescrição no total de dias da semana.	68
Gráfico nº 16-	Distribuição dos inquiridos pela terapêutica medicamentosa.	68
Gráfico nº 17-	Distribuição dos inquiridos fumadores e não fumadores na semana anterior ao inquérito.	69
Gráfico nº 18-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre causa da Diabetes (alimentos doces/açúcar).	69
Gráfico nº 19-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre causa da Diabetes (Insulina Falta/resistência).	70
Gráfico nº 20-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre causa da Diabetes (papel dos rins).	70
Gráfico nº 21-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre o papel da insulina endógena.	71
Gráfico nº 22-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre o tipo de diabetes.	71
Gráfico nº 23-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre cura da diabetes.	72
Gráfico nº 24-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre hereditariedade da diabetes.	72
Gráfico nº 25-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre Sintomas e sinais de hiperglicemia.	73
Gráfico nº 26-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre Sintomas e sinais de hipoglicemia	73
Gráfico nº 27-	Distribuição dos inquiridos quanto a importância dos medicamentos versus dieta/exercício físico.	74
Gráfico nº 28-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre melhor forma de avaliar a diabetes.	74
Gráfico nº 29-	Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre dieta.	75

Gráfico nº 30-	Distribuição dos inquiridos quanto as recomendações dadas sobre dieta pelos profissionais de saúde	76
Gráfico nº 31-	Distribuição dos inquiridos quanto as recomendações dadas sobre exercício físico pelos profissionais de saúde.	76
Gráfico nº 32-	Distribuição dos inquiridos quanto as recomendações dadas pelos profissionais de saúde sobre avaliação da glicemia.	77
Gráfico nº 33-	Distribuição dos inquiridos quanto as recomendações dadas pelos profissionais de saúde sobre cuidados a ter com os pés.	78
Gráfico nº 34-	Distribuição dos inquiridos quanto antidiabéticos receitados pelo médico.	79

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1- Classificação da diabetes – ADA (1997)	31

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura nº 1- Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.	52

SIGLAS

A.C.-	Antes de Cristo
ACES-	Agrupamentos dos Centros de Saúde
ACESAL-	Agrupamentos dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral
ADA-	American Diabetes Association
Anti- GAD-	Anti Descarboxilase do Acido Glutâmico
APDP-	Associação Protetora de Diabéticos de Portugal
AVC-	Acidente Vascular Cerebral
CID-	Classificação Internacional de Doenças
DDCT-	Diabetes Control and Complications Trial
DGS-	Direção Geral de Saúde
DM-	Diabetes Mellitus
DMID-	Diabetes Mellitus Insulinodependente
DMNID-	Diabetes Mellitus não Insulinodependente
DQ-	Gene DQ1
DKQ-	Diabetes Knowledge Questionnaire
DR-	Gene DRB1
EUA-	Estados Unidos da América
HBA1c-	Hemoglobina Glicosilada UKPDS-United Kingdom Prospective Diabetes Study
HLA-	Antigénios Leucocitários Humanos
i-	Precisão
IAA-	Anticorpo Anti –Insulina
IC-	Intervalo de Confiança
ICA-	Anticorpo Anti -Células Beta dos Ilhéus de Langerhans
ICN-	Conselho Internacional de Enfermeiros
INE-	Instituto Nacional de Estatística

OBOB's	Observatório de Óbitos
LADA-	Latent Autoimmune Diabetes in Adults
MODY-	Maturity Onset Diabetes in Young
MPPO-	Metodologia de Planeamento de Projetos por Objetivos
ND-	Nefropatia diabética
OMS-	Organização Mundial de Saúde
P-	Proporção
PND-	Polineuropatia diabética
SPD-	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
TA-	Tensão Arterial
RD-	Retinopatia Diabética
SAPE-	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde
SDCA-	Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure
SNC-	Sistema Nervosa Central
UCC-	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP-	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

0 - INTRODUÇÃO

A saúde é uma das maiores riquezas do ser humano, é sinónimo de vida, é peça fundamental para que as pessoas idosas possam conservar uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a garantir os seus contributos na sociedade, “uma vez que pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias “ (DGS, 2004,p.8).

No entanto com o aumento da longevidade humana, os avanços da medicina, os hábitos alimentares pouco saudáveis, o sedentarismo e novos estilos de vida adotados, as doenças crónicas foram ganhando terreno revelando-se epidémicas. “As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais “ (DGS, 2004,p.11). “A Diabetes é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas.” (DGS,2007,p.1), esta é uma doença crónica em rápida progressão que acarreta custos tanto monetários como em vidas humanas.

“A diabetes mellitus aumenta com a idade, atingindo valores mais elevados no grupo dos 65 aos 74 anos. Em Portugal aproximadamente metade dos diabéticos conhecidos tem mais de 65 anos de idade. “ (Sousa, Peixoto e Martins,2008,p.60), é possível alterar este cenário através da alteração de estilos de vida e do empoderamento da população e obter ganhos em saúde com a consequente redução nos custos de tratamento.

O conceito de empoderamento/*empowerment* refere-se, de uma forma geral, ao alargamento da liberdade de escolha e de ação é a expansão das capacidades dos indivíduos para participarem, negociarem, influenciarem, controlarem tudo o que diz respeito às suas vidas. Empoderamento é um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades alcançam e conquistam confiança, compreensão e poder

necessários para articular os seus interesses, seguros que essas ações são conquistas para as próprias pessoas se prepararem e ganharem controlo nas suas vidas “inclui variáveis como a motivação e interesse, a auto-estima, a auto-eficácia, a capacidade critica, a perceção de controlo e de intervenção para agir”. (Hubley, 2005 citado em Loureiro, I & Miranda, N, 2010, p.153), Segundo a OMS (2001), empoderar as pessoas pode ajudá-las a compreender as suas próprias situações e aumentar o controlo sobre os fatores que afetam as suas vidas, o *empowerment* ou empoderamento é uma dimensão da Literacia.

O conceito de literacia em saúde é atualmente entendido como integrador de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas, tais como a escolha da unidade ou serviço de saúde onde procurar ajuda terapêutica, adoção de estilos de vida saudáveis ou na adoção de um papel ativo relativamente aos determinantes da saúde. A “OMS define Literacia em Saúde como um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde”. (WHO, 1998 citado em Miranda, I & Miranda, N, 2010, p.133), é a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso do dia-a-dia. Todos estes processos estão ligados ao poder da capacitação, a qual de acordo com (Miranda, I & Miranda, N, 2010) caracteriza-se pelo aumento das competências do indivíduo ou grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outras áreas.

Capacitar, empoderar, promover a literacia em saúde do diabético tipo 2 é fundamental, é imperativo a concretização urgente de medidas preventivas para que se possa controlar o aumento da prevalência da diabetes, sendo a intervenção do cidadão e grupos da comunidade, fundamental. É preciso promover, incentivar e contribuir para a capacitação de cada pessoa, de cada comunidade para esta participação, no sentido de reconhecer o direito a uma resposta de saúde às suas reais necessidades mas também a sua responsabilidade em participar e contribuir para a construção dessa mesma resposta, no sentido de que cada cidadão reconheça o quanto a sua atitude e a sua ação são determinantes para a gestão do processo de saúde-doença.

A gestão da doença crónica, como a diabetes Tipo 2 surge hoje como absolutamente necessário, imprescindível, não só para saúde das comunidades, mas também para a sustentabilidade dos sistemas nacionais de saúde e das respostas em saúde no geral.

Refletir sobre os temas da gestão da diabetes Tipo 2 ,da capacitação do diabético, da literacia em saúde e do empoderamento, levamos a colocar a seguinte questão:

Em que medida o grau de literacia determina uma adesão adequada ao plano terapêutico?

O presente trabalho de projeto, surgiu no âmbito do I Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, 3º semestre, no Instituto Politécnico de Beja, a decorrer no período de 16 de Maio de 2011 a 07 de Abril de 2012.

O desejo de realização deste projeto, nasceu de uma inquietação decorrente do olhar sobre o quotidiano atual da população da Freguesia de Santiago do Cacém, revelando-se necessário e desejável, dadas as características desta população.

Segundo dados da Rede Social (2003) o Concelho de Santiago do Cacém apresenta um índice de envelhecimento de 190.6 e na Freguesia de Santiago do Cacém, por cada 100 jovens existem 168 idosos, outro dos fatores tidos em conta foi a prevalência de doença crónica, como a diabetes Tipo 2, só na freguesia de Santiago do Cacém inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) existem 492 diabéticos tipo 2 diagnosticados, valor alto que vai ao encontro do que se passa no resto do País. Segundo dados do Observatório Nacional da Diabetes, a prevalência da diabetes em 2008 era de 11,7% na população portuguesa e no Alentejo era de 12,2%; na população total inscrita na extensão de Santiago do Cacém a prevalência de diabetes Tipo 2 é de 6.3%, outro fator tido em conta foram os resultados obtidos aquando do diagnóstico desta população, considerando a capacitação e a literacia em saúde como área a intervir.

Com este projeto pretende-se criar a base de sustentação ao nível da gestão do processo saúde/doença e promover a literacia em saúde, através da implementação de formação na área da saúde, tendo como objetivos:

- Criar um espaço de aquisição / desenvolvimento de competências na área da gestão da saúde – Empoderamento da Pessoa com Diabetes Tipo 2.
- Desenvolver competências na área da gestão e do autocuidado na população com idade igual ou superior a 65 anos portadora de diabetes tipo 2.

Contudo foi necessário realizar previamente o diagnóstico da população diabética tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade da UCSP -Extensão de Santiago do Cacem.

Este estudo decorreu, entre Junho e Novembro de 2011, sendo a população alvo constituída por indivíduos portadores de diabetes tipo 2, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos. A amostra foi constituída por 202 indivíduos, com 65

ou mais anos e os participantes foram selecionados aleatoriamente. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram:

- Questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidado com a diabetes e Recomendações para com a diabetes.
- Questionário de avaliação de conhecimentos.

Ambos realizados presencialmente com a pessoa portadora de diabética tipo 2, e a leitura das questões foi efetuada pelo inquiridor. Para tratamento de dados foi utilizado o programa Excel.

Este relatório pretende-se que seja um trabalho descritivo e reflexivo, tem por base a Metodologia de Planeamento de Projetos por objetivos, no que respeita á sua estrutura está delineado da seguinte forma: Justificação do problema de saúde; Objetivos; Quadro de referência, Opções metodológicas, Resultados obtidos, Limitações, Questões éticas. Nele será feita uma análise da problemática, da população-alvo, dos objetivos definidos, das intervenções realizadas, do processo de avaliação e controlo, terminará com a conclusão.

Foram utilizadas as normas da (APA) American Psychology Association (Lampreia, 2011), as orientações contidas na Linhas orientadoras para a Elaboração do projeto/relatório, (José,2011) e a Metodologia de Planeamento de projetos por Objetivos (Pena, 2004).

.

1 - JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE SAÚDE

Portugal, à semelhança dos outros países, apresenta uma população cada vez mais envelhecida, devido a fatores essencialmente sócio-económicos, ambientais e melhoria das condições de vida e de saúde. Dinis (1997) citado em Vaz (2008), refere que as alterações na estrutura etária da população portuguesa, envelhecimento demográfico, traduzem-se fundamentalmente pela diminuição constante da taxa de natalidade em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos velhos aumenta no total, ou seja a população está a crescer devagar e a envelhecer depressa (envelhecimento demográfico). Esta panorâmica resulta do aumento significativo da esperança de vida, derivado das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), em Portugal, As características demográficas da população revelam que se agravou o envelhecimento da população na última década. Em 2011, Portugal tem cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade. O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de 25% da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade. Estes resultados refletem o perfil demográfico do país caracterizado por um aumento da população mais idosa e pela diminuição da população mais jovem, motivado sobretudo pela diminuição da natalidade e coadjuvado pelo aumento da esperança de vida.

Geograficamente, as regiões com uma estrutura etária da população mais equilibrada são aquelas que também apresentam índices de dependência mais favoráveis. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, com índices de 45 e 46

respetivamente, detêm os valores mais baixos. Já o Alentejo aparece no topo com o valor mais elevado de 61 pessoas em idade não ativa, por cada 100 em idade ativa, seguido do Centro com um índice de 57.

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adoção de novos estilos de vida.

Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100, em 2011 este valor é de 45.

O Concelho de Santiago do Cacem, também não foge a esta panorâmica global, o grupo etário dos 0 aos 14 anos (população mais jovem) diminuiu significativamente na última década. Por outro lado, e num polo oposto, o grupo etário dos 65 e mais anos (população idosa), aumentou significativamente, a população está a ficar envelhecida, estamos perante um duplo envelhecimento, quer na base, quer no topo, aumentando por conseguinte os níveis de dependência destes grupos etários.

Verifica-se que a distribuição da população residente no concelho de Santiago do Cacém (2001 a 2011) em termos percentuais segundo os seguintes grupos, é a seguinte:

- Percentagem de população jovem (dos 0 aos 14 anos) - 13% em 2001 e 12,3% em 2011;
- Percentagem de população potencialmente ativa (dos 15 aos 64 anos /situa-se entre o fim da escolaridade obrigatória e o início da velhice) – 67% em 2001 e 63,8% em 2011;
- Percentagem de população idosa (65 e mais anos) – 20% em 2001 e 23,8% em 2011.

O concelho de Santiago do Cacém apresenta em 2011 os seguintes índices:

- Índice de envelhecimento, por cada 100 jovens entre os 0 e os 14 anos, existem 193 idosos com 65 e mais anos existem;
- Índice de dependência dos Jovens, por cada 100 potencialmente ativos entre os 15 e os 64 anos, existem 19 jovens;

- Índice de dependência dos Idosos, por cada 100 potencialmente ativos entre os 15 e os 64 anos, existem 37 idosos com 65 e mais anos;

Como demonstram os índices resumo apresentados, atualmente o número de idosos (65 e mais anos), no concelho de Santiago do Cacém é superior ao número de jovens entre os 0 e os 14 anos, aumentando por conseguinte os índices de dependência relativamente à população ativa do concelho. O índice de envelhecimento é elevado em quase todas as freguesias do concelho.

Relativamente a freguesia de Santiago do Cacém verifica-se que, os índices:
Índice de envelhecimento, por cada 100 jovens existem 184 idosos;

- Índice de dependência dos jovens, por cada 100 potencialmente ativos existem, 22 jovens;

- Índice de dependência dos idosos, por cada 100 potencialmente ativos existem 41 idosos;

Como no geral do concelho, também a freguesia de Santiago do Cacem tem um índice de envelhecimento elevado e uma baixa taxa de natalidade. O número total de idosos é elevado e predominante desta população.

O envelhecimento por si só não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida. Contudo com o envelhecimento também as doenças crónicas como a diabetes tipo 2 tendem a surgir, sendo necessário adequar estratégias aos novos contextos das nossas comunidades e populações, indo de encontro as necessidades destas.

“A diabetes ao longo do século XX tornou-se um grave problema Mundial de Saúde Pública, tanto pelo número de pessoas afetadas, como pela elevada mortalidade e número de anos de vida perdidos. Estima-se que existam mais de 100 milhões de casos em todo o mundo, considerando-se uma verdadeira pandemia” (Bastos, 2004,p.12).

Em todo o mundo é esperado que o número de diabéticos aumente nos próximos anos, assim como em Portugal. De acordo com Duarte (2002) citado por Gomes (2008), considera-se que existam perto de 500 000 diabéticos em Portugal o que corresponde a uma prevalência de 4 a 5% da população. Verificou-se a existência de uma correlação direta entre o incremento da prevalência da diabetes e o envelhecimento dos indivíduos, saliente-se o facto de mais de um quarto da população portuguesa integrada no escalão etário dos 60-79 anos ter diabetes. Os indicadores da Diabetes variam muito entre cada país e dentro de cada país, dependendo, também, dos critérios de diagnósticos utilizados. Para Orchard, Laporte e Dorman (1998) citados por Bastos (2004) A população Norte Americana, pela sua diversidade cultural e racial, consegue fornecer-nos dados de como as doenças variam entre raças e *status* social. A prevalência de diabetes nos EUA varia entre 6% nos caucasianos e

10% nos indivíduos de raça negra parecendo variar inversamente com o *status* económico. De acordo com o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (2009,p.13) a prevalência da diabetes em 2008 era de 11,7% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que correspondia a um total de cerca de 905 mil indivíduos. Segundo Bastos (2004) o aumento maior da incidência da diabetes está a ocorrer nas populações onde surgem as maiores alterações nos estilos de vida, tais como a alimentação, diminuição da atividade física, aumento de pessoas com excesso de peso e/ou obesidade, o que de acordo com a autora parece estar associado a duas condições, quando aumenta os recursos alimentares numa população, aumenta o peso dos indivíduos e consequentemente o número de casos de diabetes e o aumento do nível económico de uma população leva a uma diminuição do nível de atividade física, pelo menos na referente à atividade laboral.

Ainda de acordo com Bastos (2004) a alteração de estilo de vida, tem-se mostrado eficaz na prevenção de Diabetes em pessoas de risco, como demonstram os estudos levados a cabo pelo Diabetes Prevention Program Research Group (2002) cujos resultados apontam para uma redução em 58%, IC95%= [48-66%], na incidência da doença, a conclusão semelhante chegou, também, um estudo com 16 anos de *follow-up*, num grupo de 84 941 enfermeiras americanas, que obteve como resultado que 91% dos casos de diabetes poderiam ser atribuídos a hábitos ou comportamentos, concluindo que a maior parte dessas situações possam ser evitadas pela adoção de um estilo de vida saudável (Hu, Frank B. et al, 2001,citado em bastos, 2004,p.11).

O conhecimento da distribuição da doença, entre e dentro de cada grupo populacional, possibilita ajustar os programas de saúde no sentido da prevenção. Segundo a World Health Organization (2003) citada por Bastos (2004) na diabetes tipo 2, cerca de 80% das pessoas têm história de obesidade ou são obesas, quando diagnosticadas. Existindo uma associação importante entre ganho de peso excessivo, adiposidade central (abdominal) e o desenvolvimento da diabetes tipo 2. OMS aceita como evidência que a perda voluntária de peso em pessoas com excesso de peso ou obesas e a atividade física, diminuem o risco de desenvolver diabetes.

De acordo com dados do Observatório Nacional da Diabetes (2009), Os cuidados relativos à diabetes consomem mais de 7% dos recursos globais da saúde, assumindo um papel importante nos gastos em saúde. A diabetes ao contrário de outras patologias não tem vindo a diminuir o seu impacto, tendo um papel significativo nas causas de morte. Em 2008 o número de óbitos, por diabetes, foi de 4267, o

correspondente a 4% dos óbitos registados em Portugal, colocando a diabetes como a 5ª causa de Morte em Portugal.

Da experiência vivida e sentida pelo enfermeiro, da análise e informação recolhida no diagnóstico do Concelho de Santiago do Cacém e da caracterização efetuada à população portadora de diabetes tipo 2 da extensão de Santiago do Cacém, emergiram dados demográficos que foram tidos em conta e já referidos anteriormente nomeadamente a estrutura demográfica da Freguesia, por cada 100 jovens existem 184 idosos, sendo a taxa de analfabetismo de 21%. Na UCSP- Extensão de Santiago estão inscritos 7726 utentes, sendo a prevalência da diabetes Tipo 2 na população total inscrita nesta extensão de 6,3%, na população em estudo a prevalência de diabetes é de 14,3%, sendo maior a percentagem nos homens, 17,7% do que nas mulheres, 11,7%. Os resultados do diagnóstico da população em estudo, sugerem que os participantes têm poucos conhecimentos sobre as causas da diabetes, fisiopatologia, sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e pouco conhecimento sobre a sua própria situação de saúde, surgindo com uma evidência clara, a **iliteracia em saúde nesta população portadora de diabetes tipo 2**. Outro fator é a grande magnitude, 492 diabéticos Tipo 2 na população total da freguesia de Santiago do Cacem e 450 na população em estudo. Após análise dos vários fatores, teve-se em conta os critérios de hierarquização dos problemas propostos por Imperatori e Giraldes (1993): Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade.

Magnitude: A iliteracia em saúde condiciona as escolhas, os comportamentos, as decisões do dia-a-dia das pessoas. Tem um impacto grande na saúde das pessoas portadoras de diabetes Tipo 2 de Santiago do Cacém. Segundo dados do Observatório Nacional da Diabetes (2009), em Portugal, a diabetes Tipo 2 tinha uma incidência global de 511 novos casos por 100 000 habitantes da população total em 2007 e uma mortalidade 4,1% em 2008.

Transcendência: A iliteracia em Saúde no concelho de Santiago do Cacém revela-se um problema abrangente, No entanto, considerando o conhecimento mais aprofundado ao nível da diabetes e da população mais velha, optou-se por dirigir o projeto à população portadora de diabetes Tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Vulnerabilidade: A intervenção na área da literacia em saúde trará benefícios a médio prazo, na medida em que está diretamente relacionada com comportamentos, escolhas e decisões que determinam o nível de saúde.

Tendo todos estes fatores em conta, justifica-se cada vez mais a capacitação em saúde das pessoas mais velhas e com diabetes tipo 2, como objetivo a atingir.

Em Portugal, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, surgiu o Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas (2004), apresentando como finalidade: “Contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a atuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objetivo geral: obter ganhos em anos de vida com independência”.

Uma forma de promover o empoderamento da população mais velha diabética pode passar pela criação de um programa de formação que inclua as diferentes áreas, que em cada momento, se revelem imprescindíveis para a capacitação em saúde.

Os Princípios das Nações Unidas, no que respeita à auto-realização, apelam também à importância para o idoso de ter “acesso a programas educativos e de formação adequada.”

O projeto tem como intuito dar resposta às necessidades de literacia em saúde das pessoas da freguesia de Santiago do Cacém, inscrita na UCSP de Santiago do Cacém portadoras de diabetes Tipo 2, com idade igual ou superior a 65 anos de idade. A escolha da população alvo para o funcionamento do projeto prende-se com alguns fatores:

O Índice de envelhecimento da população da freguesia de Santiago (184); uma prevalência de 14,3% de diabetes Tipo 2 nas pessoas desta faixa etária; a inexistência de atividades no âmbito da promoção da saúde na diabetes tipo 2 e do envelhecimento saudável.

Para a delineação do plano de formação a desenvolver, foi tido em conta as quatro áreas de competência incrementadas pela literacia em saúde, definidas pela OMS citada pelo Institute of Medicine (2003):

1. **Competências básicas em saúde** que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;
2. **Competências do doente**, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais;
3. **Competências como consumidor**, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
4. **Competências como cidadão**, através de comportamentos informados como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

O projeto de saúde – Empoderamento da pessoa com Diabetes Tipo 2 – pretende dar resposta ao problema de iliteracia em saúde, de forma a contribuir para o incremento das quatro competências descritas anteriormente.

2 – OBJETIVOS

Perante a reforma do sistema de saúde, num contexto caracterizado por uma população cada vez mais envelhecida e, simultaneamente, mais exigente e com expectativas de saúde cada vez mais elevadas, a sustentabilidade do sistema está ameaçada, o que pode colocar em causa o acesso atempado aos cuidados necessários (Ferreira *et al.*, 2010).

Ora, se a Enfermagem Comunitária desenvolve uma prática global centrada na comunidade e nas suas necessidades, tem um importante papel não só no âmbito assistencial, mas também organizacional, uma vez que tem a responsabilidade de identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e/ou grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, através do desenvolvimento de uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde (OE, 2010c).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b), o Artigo 4.º refere que são quatro os domínios das suas competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária refere que este integra as competências comuns e as especializadas, que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e/ou projetos de intervenção. Para isso, evidenciam-se, entre outras, as atividades de coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e/ou grupos (OE, 2010c).

Perante o contexto descrito, como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, pretende-se que ao longo deste processo se desenvolvam as competências referidas, acrescidas das seguintes: reforçar os conhecimentos teóricos e experiências desenvolvidas ao nível da comunidade, promovendo a excelência da

prática ao nível do empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários; conceber, planejar, implementar e avaliar o projeto de intervenção comunitária, definido de acordo com as necessidades da população e da comunidade; contribuir ativamente e de forma sustentada para o desenvolvimento da enfermagem e do trabalho em equipa; desenvolver capacidades técnicas, comunicacionais e de liderança na busca de soluções para os problemas detetados; e promover o acesso e a equidade a cuidados de saúde ao diabético tipo 2.

A presente incapacidade de mobilizar motivações e capacitação do diabético tipo 2 é um problema que consome recursos e que tem custos, de acordo com a (WHO, 2006, citado em PNS 2011-2016,p.30).

A longevidade está a aumentar, o que vai exigir um crescente investimento nos recursos de manutenção da qualidade de vida. O *empowerment* do cidadão possibilitará o melhor nível de saúde possível durante mais tempo (...). Uma boa parte das doenças estão relacionadas com estilos de vida, pelo que o envolvimento e *empowerment* do cidadão serão essenciais na aquisição de novos comportamentos individuais e sociais.

O grande desafio deste projeto de intervenção não é criar nada de novo, mas otimizar e rentabilizar o que já existe, a nível da consulta da diabetes e complementar com este projeto o processo de capacitação, empoderamento, aumentar o nível de prática de atividade física, estimular hábitos alimentares saudáveis, aumentar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis, promovendo competências na área da gestão de saúde e autocuidado. O desafio essencial é o de criar uma dinâmica em desenvolvimento contínuo que vise a passagem de uma situação onde predomina a pouca informação, a passividade e a dependência dos saberes e das ações de outrem para inter-relações de produção e partilha constante de informação e de conhecimento, **literacia em saúde**, de pro-atividade, de auto-controlo, **capacitação** e da máxima autonomia possível no que respeita à saúde individual e coletiva, “**empowerment**” ou **empoderamento** a que corresponde também a responsabilidade de cada um pela sua saúde. “O aumento da prevalência das doenças crónicas obriga a novas formas de relacionamento e de cuidados centrados na pessoa” (WHO, 2009). “A evidência nem sempre sugere que os utilizadores/doentes mais informados consomem menos cuidados de saúde” (Heaney et al., 2001; Little et al 2001 citado em PNS,2010,p.35). “É, por isso, necessário que os indivíduos estejam aptos a compreender e a utilizar, de forma crítica, a informação que lhes é disponibilizada, o que nos remete para o conceito de literacia em saúde” (Kickbush, 2001 citado em PNS,2010,p.35).

Considerando o contexto anteriormente descrito, numa ótica de garantir a sustentabilidade, o acesso e equidade à pessoa portadora de diabetes tipo 2 a

cuidados de qualidade, definiu-se como finalidade do projeto de intervenção; Promove a literacia em saúde, através da implementação do projeto: Empoderamento da pessoa com diabetes Tipo 2.

Como objetivos: Criar um espaço de aquisição/desenvolvimento de competências na área da gestão da saúde/diabetes Tipo 2 e que a população da freguesia de Santiago do Cacém, com idade igual ou superior a 65 anos de idade portadora de diabetes Tipo 2 possa desenvolver competências na área da gestão de saúde e autocuidado.

Estando convictos que a médio prazo os ganhos em saúde alcançados, trarão provas que o caminho a seguir é o da capacitação e empoderamento do diabético tipo 2, reduzindo custos tanto monetários como em vidas humanas.

3 - QUADRO DE REFERÊNCIA

Ao longo do percurso de vida de uma pessoa, vão surgindo alterações com a idade, as quais nem sempre são previsíveis e advêm não só do envelhecimento, mas também da doença, do meio envolvente e de características pessoais de cada indivíduo. De acordo com a DGS (2004) a percepção de saúde é o produto das experiências vividas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes em que se vive e dos cuidados de saúde recebidos, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência.

O paradigma de saúde e doença tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, atualmente estar com saúde não significa apenas ausência de doença.

“Bircher propôs definir saúde como um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal.” (Bircher J,2005,citado em Campo,L.Carneiro,A.,2010,p.11) e não, simplesmente, a ausência de doenças. “Ter saúde permite disponibilizar mais energia para as atividades de vida diária e fazê-lo durante mais tempo. Mais saúde, poderá influenciar diretamente toda a experiência de vida, incluindo tanto a percepção de bem -estar, como o próprio estado de doença física” (Cordeiro, 1999,p.58).

Ao analisar o ciclo de vida podemos afirmar que velhice não é uma doença, pelo contrário é a prova de que se teve saúde para a atingir, é uma parte integrante do ciclo da vida, não menos importante que o resto desse ciclo. “O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”. (DGS 2004,p.3).

A maioria dos idosos goza de saúde física, mental e social, sendo totalmente independentes mesmo quando atingem idades bastante avançadas. “Envelhecer com

saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.” (DGS 2004,p.3).

Há que incentivar e implementar medidas para que se possa proporcionar e ter um envelhecimento ativo, no entanto também o surgimento de doenças crónicas como a diabetes tipo 2 nesta etapa da vida é um facto que exige uma adequação dos serviços de saúde. O impacto da diabetes, merece de facto uma preocupação e reflexão sobre o que deve ser feito, o que deve ser modificado, relativamente à organização de cuidados de saúde. Sabemos que o estilo de vida e as condições de vida determinam o aparecimento desta doença, é essencial contribuir para que, por um lado, as comunidades se organizem no sentido de proporcionar aos seus elementos uma vida saudável e, por outro, para que as pessoas escolham hábitos próprios de uma vida saudável.

3.1 – A DIABETES MELLITUS COMO DOENÇA CRONICA

A diabetes é uma doença complexa e com uma forte componente hereditária e influenciável pelos estilos de vida, é tão antiga quanto a humanidade. Segundo a Associação de Diabetes Juvenil as primeiras menções documentadas, dos sintomas da diabetes até hoje encontradas, estão num papiro egípcio. O papiro di Ebers data de 1552 antes de Cristo, tem 20 metros de comprimento e é considerado o documento médico mais importante do antigo Egipto, com descrições de sintomas e receitas para várias doenças. Um parágrafo é dedicado aos sintomas mais fortes da diabetes. Fala de doentes que emagrecem, sentem uma sede contínua e urinam em abundância. O tratamento incluía folhas de hortelã, dieta e apelos a Ísis e Osiris, contudo foi o Grego Apolónio de Memphis (250 a.C.) a dar o nome diabetes que significa passar através (devido à passagem de líquido pelo corpo dos doentes), mais tarde na literatura médica ocidental foi adicionado *Mellitus* que é constituída da junção de duas palavras latinas *mell* (mel de abelhas) e *itis* (inflamação) numa referência à urina adocicada que atraía formigas e abelhas.

A diabetes mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas (S.P.D, 2009) é uma doença na qual o organismo não tem capacidade de manter níveis normais de glicose na corrente sanguínea, sendo

considerados níveis normais de glicose no sangue em jejum, valores que se situam entre 70 e 110 mg/dl.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2011), A nova classificação da diabetes contem fases que refletem os vários níveis de hiperglicemia, independentemente dos mecanismos que podem levar ao aparecimento de diabetes mellitus, podendo as fases alterar-se com o tempo. A classificação etiológica reflete o facto de o defeito ou o processo que podem conduzir à diabetes mellitus, poderem ser identificados em qualquer fase do desenvolvimento da diabetes.

“De acordo com as novas recomendações para a classificação da DM, elaborada pela **American Diabetes Association** (ADA) em 1997, são definidos quatro categorias: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes e diabetes gestacional. (Paiva, 2001).

Quadro nº 1 -Classificação da diabetes - ADA (1997)

1- Diabetes Tipo 1
DM imunomediada
DM idiopática
2- Diabetes tipo 2
3- Outros tipos específicos de diabetes
Defeitos genéticos da função das células beta
Defeitos genéticos da acção da insulina
Doenças do pâncreas exócrino
Endocrinopatias
Induzida por fármacos ou químicos
Infeções
Formas pouco comuns de diabetes
Imuno-relacionada
Outras síndromas genéticas associadas a diabetes
4- Diabetes gestacional

(Paiva RESUMOS CLINICOS Medicina Interna
(2001),7 (4)

Os termos DMID e DMNID foram retirados, mantendo-se a designação «tipo 1» e «tipo 2», os números romanos foram substituídos por números árabes.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia a diabetes tipo 2 é a forma mais comum de diabetes que resulta na deficiência relativa (ao invés de absoluta) de secreção de insulina, quase sempre com uma grande contribuição da insulinoresistência. Inicialmente, e muitas vezes durante toda vida, estas pessoas não necessitam de insulina para sobreviverem. Segundo (Paiva,2001) Os mecanismos que levam ao seu aparecimento são os fatores genéticos não relacionada com os grupos HLA, a insulino resistência, a glucotoxicidade e a progressiva insulino-carência. Na origem destes mecanismos têm grande importância os fatores comportamentais, tais como a obesidade, sedentarismo, *stress*, dieta pobre em fibras e rica em gorduras insaturadas. Segundo a (S.P.D, 2011) a diabetes tipo 2 aparece de forma silenciosa, não dando qualquer sinal ou sintoma, pois, em geral, a hiperglicemia não é suficientemente elevada para provocar sintomas de diabetes. Quando é diagnosticada (por vezes em análises de rotina) já tem alguns anos de desenvolvimento, podendo também coexistirem já algumas complicações macro e microvasculares. Segundo a American Diabetes Association (1997) a diabetes tipo 2 surge com mais frequência em adultos com mais de 35 anos de idade e obesos. De acordo com a (S.P.D,2011) a sua etiologia específica ainda é desconhecida, por definição não ocorre destruição auto-imune do pâncreas e os doentes não têm as outras causas específicas conhecidas e referidas no quadro 1. A cetoacidose nesta forma de diabetes não é frequente; quando ocorre está, excecionalmente, associada com ao *stress* provocado por outra doença como, por exemplo, uma infeção. A obesidade, só por si, provoca ou agrava insulinoresistência, muitos dos doentes que não são obesos, pelos critérios tradicionais, podem apresentar uma percentagem de gordura corporal aumentada e distribuída, predominantemente, na região abdominal. A sensibilidade à insulina pode ser aumentada, embora não normalize, com redução do peso corporal, aumento da atividade física e/ou tratamento farmacológico da hiperglicemia. Os resultados mais satisfatórios em longo prazo no controle do diabetes são obtidos com programas de prevenção da obesidade, por meio de mudanças de hábitos alimentares e de aumento da atividade física. Viver com diabetes pressupõe a adoção de um estilo de vida ajustado a situação de saúde, exigindo uma alteração e interação nas atividades de vida diária e uma adesão terapêutica permanente e continuada no tempo, porque só assim se evitam as graves complicações decorrentes da doença.

3.1.1 - Complicações da diabetes

A Assembleia Geral das Nações Unidas reconheceu que a diabetes é uma doença crónica, debilitante, dispendiosa, associada a complicações graves, o que representa grandes riscos para as famílias, para os Estados Membros e para o mundo inteiro (DGS, 2008). No decorrer da evolução da doença, o indivíduo pode apresentar alterações metabólicas que se dividem em complicações agudas e crónicas ou tardias. São definidas como complicações agudas aquelas que se manifestam em um curto intervalo de tempo e, quando não tratadas, podem levar o paciente a risco de vida.

De acordo com Bastos (2004) as complicações agudas da diabetes são, essencialmente, as situações de coma por cetoacidose, coma hiperosmolar e hipoglicémia. O surgimento de uma hipoglicémia pode resultar de um esforço físico intenso, da omissão de uma refeição, da sua rejeição através de vômito, mas por vezes pode aparecer sem causa aparente. Os seus sintomas são, sudorese, nervosismo, tremor e fome. Se o doente estiver consciente, esta situação poderá ser revertida pela ingestão de açúcar ou de uma bebida açucarada. Se ocorrer durante o sono pode provocar hipersudorese, pesadelos e cefaleias. Quando não revertida, esta situação pode tomar consequências graves, surgindo sintomas do sistema nervoso central, como confusão, comportamentos anormal, perda de consciência, convulsões e coma (Foster, 1998).

O coma hiperosmolar é um síndrome de desidratação profunda, que aparece devido a uma hiperglicemia persistente, em que o indivíduo é incapaz de ingerir a quantidade de líquidos necessária para compensar a perda urinária. Torna-se grave quando a redução do volume de líquidos é suficiente para reduzir o débito urinário. Clinicamente os doentes apresentam hiperglicemia elevada, hiperosmolaridade, depleção do volume e sinais do SNC, que podem ir desde sonolência ao coma (Bastos, 2004).

À medida que os anos vão passando, as pessoas com diabetes podem vir a desenvolver diversas complicações tardias ou crónicas em vários órgãos, senão houver cuidados específicos, nomeadamente na prevenção dos mesmos. Estas complicações evoluem silenciosamente e, muitas vezes, já se encontram instaladas há algum tempo quando são detetadas, são resultado de um mau controlo metabólico e atingem as artérias e o sistema nervoso periférico. As complicações tardias da Diabetes provocam elevada morbilidade e mortalidade (Foster, 1998).

A hemoglobina glicosilada (HbA1c) representa o principal indicador glicémico usado para determinar o tratamento do diabético. Ela indica o controlo glicémico de

um diabético nos últimos 2 / 3 meses. A HbA1c é formada quando a glicose no sangue se liga irreversivelmente à hemoglobina, para formar um complexo estável de hemoglobina glicosilada. Os valores da HbA1c não estão sujeitos às flutuações observadas na monitorização diária da glicose no sangue (GOLDSTEIN *et al.*, 2003).

De acordo com Vieira (2009) as principais complicações crônicas do diabetes podem ser divididas em dois grupos: micro angiopatia ou doença microvascular e a Macro angiopatia ou doença macro vascular.

A micro angiopatia atinge os pequenos vasos sanguíneos (capilares), associada de forma mais ou menos específica com a diabetes; manifesta-se na clínica principalmente na retina (retinopatia diabética) nos rins (nefropatia diabética) e distúrbios nervosos (neuropatia). A neuropatia diabética pode manifestar-se tanto por deficiência neurológica periférica como por disfunção autonómica.

A macro angiopatia consiste principalmente em patologias aterosclerótica acelerada dos grandes e médios vasos sanguíneos (artérias), manifestada na clínica principalmente nas artérias coronárias, cerebrais e periféricas de extremidades inferiores. Levando ao aparecimento de arteriopatia coronária, AVC e enfarte do miocárdio.

Hoje sabemos que a manutenção de taxas de glicemia o mais perto da normalidade, que devem ser medidas por meio da realização regular da medida da glicose no sangue capilar, além do teste de hemoglobina glicosilada (HbA1c), protegem o paciente do aparecimento e/ou da progressão dessas complicações (diabetes control and complications trial (ddct); epidemiology of diabetes interventions and complications research group - edic, 2001).

Traduz uma significativa redução das complicações tardias da diabetes protegendo o diabético do aparecimento e/ou da progressão dessas complicações (UKPDS-United Kingdom Prospective Diabetes Study,1998).

Uma das complicações crônicas do diabetes é a **Retinopatia Diabética (RD)**,a qual é uma causa importante de cegueira. A RD é resultante de mudanças nos vasos sanguíneos da retina, podendo causar uma hemorragia no interior do olho, levando a uma diminuição da capacidade visual.

Segundo a APDP (2009), a vigilância e observação oftalmológica deverão iniciar-se logo que a diabetes seja diagnosticada nos diabéticos tipo 2 e aos cinco anos de evolução nos diabéticos tipo 1.

Outra complicação é a **Nefropatia diabética (ND)**,que consiste em alterações nos vasos dos rins, fazendo com que haja perda de proteína na urina, os rins estão impedidos de filtrar e eliminar os produtos residuais do sangue. É uma situação em

que o órgão pode reduzir sua função lentamente, de forma progressiva, até a paralisação total, levando à hemodialise.

Outra complicação é a **neuropatia diabética**, que resulta de lesões nos nervos do nosso organismo. Na neuropatia diabética o quadro mais comum é a polineuropatia periférica, cujos sintomas incluem alteração da sensibilidade, parestesias, hiperestésias intensas e dor.

Quando os nervos ficam lesados, surgem alterações da sensibilidade e térmica, alterações digestivas, cardíacas e sexuais, surgindo manifestações tais como: indigestão, diarreia ou obstipação, vertigens, infecções urinárias, disfunção sexual, alterações do ritmo cardíaco, diminuição ou inexistência de sensibilidade nos pés ou nas mãos. Saraiva,1992, citado por Hammerschmidt,2007, refere que a neuropatia diabética pode se apresentar sob várias formas clínicas, entre elas:

- 1 - Neuropatia Diabética Periférica (Difusa), que pode afetar toda parte do corpo, incluindo: membros inferiores e superiores.
- 2 - Neuropatia Autonômica (Difusa), que pode atacar: coração, sistema digestivo, órgãos sexuais, aparelho urinário, glândulas sudoríparas e manifestar-se de diversas formas nomeadamente sob a forma de hipotensão ortostática, alterações gastrointestinais, retenção ou incontinência urinária, problemas cardiovasculares e impotência sexual.
- 3 - Neuropatia local, que pode acometer: olhos, nervos cranianos, ouvido, pélvis, coxa e tronco.

Segundo a APDP (2009), como medida preventiva, deve-se procurar o controle glicêmico rigoroso para reduzir o risco de desenvolvimento e de progressão da neuropatia autonômica diabética, assim como as complicações crônicas microvasculares que acompanham a doença.

Outra complicação comum nos diabéticos é o **pé diabético**, que é o termo usado para designar as diversas lesões que podem ocorrer no pé da pessoa portadora de diabetes. A Organização Mundial de Saúde (1999) define o Pé Diabético como “toda a infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associada a alterações neurológicas e doença vascular periférica dos membros inferiores dos diabéticos.”. As úlceras do Pé Diabético habitualmente resultam da combinação de duas situações; a neuropatia que conduz frequentemente a uma distribuição anormal da pressão e alteração da sensibilidade, e a doença vascular com comprometimento da circulação. A infecção é uma complicação frequente, sendo comum a evolução para necrosa e amputação.

As lesões frequentemente são resultado da associação entre dois ou mais fatores de risco. Os fatores de risco do pé diabético são: idade superior a 40 anos;

diabetes com mais de 10 anos de duração; diminuição dos pulsos arteriais ou hipoestesia; presença de ulcerações ou amputações prévias; as lesões são manifestações de fases tardias da diabetes. Segundo a DGS (2010) estima-se, que em Portugal, possam ocorrer anualmente 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores (média de 2006 a 2008).

Conhecer, ou estimar a prevalência e a magnitude das complicações da Diabetes é fundamental para adequar as estratégias e as prioridades em Saúde. Em Portugal, um rastreio levado a cabo em 2001 revelou que, cerca de 4% de diabéticos necessitavam de tratamento oftálmico imediato e 12% de referência para consultas de oftalmologia. Um outro estudo sobre a prevalência e fatores de risco da polineuropatia diabética (PND) concluiu que a prevalência, na amostra estudada, era de 30%, mas 80% apresentavam já sintomas relacionados com PND e que esta aumenta o risco de úlceras do pé e amputações.

O United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), demonstrou que aumentar o controlo dos níveis de glicemia, nestes doentes, reduz o risco de desenvolverem retinopatia, nefropatia e possivelmente de neuropatia. A análise dos dados deste estudo demonstrou existir uma relação contínua entre o risco de complicações microvasculares e a glicemia, por cada ponto percentual de decréscimo de Hemoglobina Glicosilada, (HbA1c), existe uma redução em 35% do desenvolvimento de complicações microvasculares. Contudo parte dos doentes diabéticos aderem apenas de modo muito limitado às medidas terapêuticas propostas pelos profissionais de saúde. Esta questão é da maior relevância quando se constata que a diabetes está associada ao desenvolvimento, a longo prazo, de lesões nos órgãos alvo e a um risco acrescido de complicações oftalmológicas, renais, cardíacas, neuropáticas ou vasculares.

Sendo assim ressalta-se a importância do trabalho de estímulo junto ao idoso para o desenvolvimento de competências com vistas ao empoderamento, no intuito de prevenir riscos melhorar a saúde e melhorar a qualidade de vida dos diabéticos.

3.1.2 - Tratamento na diabetes

O principal objetivo do tratamento da diabetes é baixar a glicemia para níveis normais ou próximos do normal, de forma a reduzir o risco de complicações agudas e tardias. Todo o plano terapêutico deve ser individualizado e criado em “negociação” entre o diabético, a família e a equipa de saúde. A educação para o autocuidado com

a diabetes e autogestão da situação de doença, deve ser reconhecido como parte integrante de qualquer plano terapêutico. O objetivo global é ajudar o diabético a modificar o estilo de vida, de forma a obter o melhor controle metabólico possível. Para Bastos (2004) o tratamento da diabetes, depende da fase da doença e dos objetivos delineados, podendo incluir terapêutica farmacológica (insulina e/ou antidiabéticos orais), terapêutica nutricional, exercício físico, monitorização da glicemia e educação para o autocuidado, por esse motivo a equipa que acompanha o diabético deve ser multidisciplinar.

Para a American Diabetes Association (2002), o plano terapêutico, para além da terapêutica farmacológica, inclui também:

- **A auto monitorização da glicemia:** a qual faz parte integrante do plano terapêutico, na maior parte das situações. Permitindo à pessoa avaliar a resposta ao regime terapêutico, em função dos objetivos e adequar a alimentação, o exercício físico e até ajustar a medicação. A frequência com que deve ser efetuada, na diabetes tipo 2, não é conhecida, mas deve ter em conta a estabilidade dos resultados, os objetivos, o *stress* que provoca e a terapêutica farmacológica prescrita. Esta auto monitorização deve ser avaliada regularmente pelos profissionais de saúde, tanto relativamente à técnica e à capacidade de interpretar os valores, como à conquista dos objetivos.

Os resultados de um estudo sobre o impacto da auto monitorização no controle metabólico e qualidade de vida em doentes com diabetes tipo 2 sugerem que, a auto monitorização pode ter um papel importante no controlo metabólico, se fizer parte integrante de uma estratégia educacional mais alargada, para promover a autonomia do doente. No entanto, este estudo concluiu que uma frequência superior a uma monitorização diária, em pessoas que não utilizam insulina, está relacionada com níveis elevados de *distress*, preocupações e sintomas depressivos.

- **Terapêutica nutricional:** é fundamental o estabelecimento de um plano alimentar individualizado, de acordo com avaliação nutricional do diabético e os objetivos definidos. A gestão do plano alimentar deve fazer parte integrante do plano educacional, de forma a que o diabético possua os conhecimentos e as competências que lhe permitam gerir este tipo de autocuidado e deve ter presente os gostos pessoais, estilos de vida, hábitos alimentares, vivências culturais, étnicas e financeiras, tendo em vista facilitar a adesão ao plano. O plano terapêutico tem como objetivos, não apenas o controlo metabólico (glicemia, perfil lipídico e tensão arterial), mas também a prevenção e tratamento das complicações crónicas da diabetes, e a promoção da escolha de alimentos mais saudáveis. De acordo com Bastos (2004) uma dieta hipocalórica revelou ter um efeito estabilizador sobre a glicemia, e a perda de peso parece melhorar a captação da glicose e a sensibilidade à insulina. Uma dieta

com redução proteica atrasa a progressão de insuficiência renal, na nefropatia, principalmente se se associar o controlo da tensão arterial e da glicemia.

• **Atividade física:** O exercício regular tem evidenciado um melhor controle da glicose sanguínea, aumenta a sensibilidade à ação da insulina, facultando a redução dos fatores de risco cardiovascular, contribuindo para a perda de peso e aumento do bem-estar (APDP,2009). De acordo com Castel-Branco (2003) caminhar tem o poder de ativar o metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras, e proteínas a vários níveis, melhora a circulação sanguínea, o trabalho do coração, a formação de calor, diminui a adesividade plaquetária, estimula a formação da massa magra e a função imunitária, tem também efeito sedativo e moderadamente ansiolítico. Contudo antes de iniciar qualquer tipo de exercício físico é necessário uma avaliação clínica para que o nível de exercício escolhido não agrave qualquer situação pré-existente, sobretudo a doença cardíaca ou hipertensão não tratada. A atividade física pode variar desde atividades de lazer, recreativas, até competição. Pode ser integrado na atividade diária, como subir escadas, jardinagem, etc., e a forma mais simples e segura de efetuar atividade contínua é caminhar. O exercício físico pode ser aeróbio (marcha rápida, corrida, ciclismo ou natação) ou anaeróbio (andar e golfe), devendo ser realizado durante 20 a 30 minutos, pelo menos três vezes por semana. Segundo a (APDP,2009) o exercício aeróbio é o tipo de exercício que favorece a função cardiovascular e aumenta a sensibilidade à insulina.

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2011) parte significativa dos fatores de risco na DM é suscetível de prevenção primária, através do fornecimento de cuidados preventivos à população. Fator que poderá ser muito considerável na redução dos custos globais com os doentes diabéticos, visto que a educação em diabetes, melhora o sucesso terapêutico na luta contra a doença. O aumento de custos globais com os doentes diabéticos, terá um forte impacto a vários níveis, afetando desde os doentes e suas famílias, até aos sistemas de saúde, ao governo e ao próprio país, segundo dados da Direção-Geral de Saúde (DGS) de 2002, citado por Entidade Reguladora da Saúde (2011) estimavam a canalização de 10% dos recursos globais da saúde para a DM. Os números conhecidos relativos a 2008 falam de 1.000 milhões de euros, isto é, 0,7% do PIB nacional e 7% da despesa em saúde nesse ano. Valores exorbitantes que na conjuntura económica actual dos países, nos faz parar e refletir sobre toda esta temática.

3.2 – CAPACITAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DO DIABETICO PELO ENFERMEIRO

A educação para a autogestão na diabetes e nas doenças crónicas assume-se como uma parte integrante e essencial de cuidados de saúde de qualidade, melhorando os resultados e diminuindo os custos dos cuidados de saúde. A responsabilidade é global, é da sociedade, do estado, da comunidade, dos serviços e profissionais de saúde, é de cada um. No que respeita aos serviços de saúde, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários, apraz dizer que muito há a fazer. Sendo próprio deste nível de cuidados de saúde, uma resposta efetiva no âmbito dos diferentes níveis de prevenção, constatando-se que a resposta existente é mais reativa do que proativa.

O sistema de saúde atual não engloba um plano de gestão que dê solução aos problemas resultantes das doenças crónicas, atualmente o enfoque é na resolução de situações agudas, é um cuidado desfragmentado, pouco participado e sem continuidade (Pinheiro ,2008).

É necessário pensar cuidados em função da saúde e não da doença, não só no que respeita à manutenção da saúde mas também à adequada gestão das situações de doença. A solução apoia-se nos cuidados de saúde primários, assumindo estes, um papel principal no âmbito da prevenção e promoção da saúde. Sendo os enfermeiros os profissionais que se encontram numa posição mais favorecida para apoiar e liderar os modelos apropriados de cuidados na gestão da doença crónica (Pinheiro ,2008). A *Improving chronic illness care* (Melhoria dos Cuidados de Doenças Crónicas, 2004), apresenta o Modelo de cuidados na doença crónica, o qual defende uma abordagem centrada na interação entre um doente informado, participante e uma equipa de profissionais preparada, proativa. Este modelo pressupõe um doente motivado, com informação, competências e confiança necessárias para tomar decisões efetivas acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais motivada, com informação para o doente, apoio à decisão e recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade. É imperativa uma abordagem multidisciplinar, a qual passa pela educação, motivação e capacitação dos profissionais de saúde, dos doentes, familiares e comunidade. É necessário haver um envolvimento ativo do doente no plano de cuidados e nos resultados esperados. Só educando se consegue uma melhor adesão aos tratamentos e aos objetivos relacionados com os estilos de vida.(Mattioni et al, 2010).

O modelo tem em conta também o Quadro de Referencias de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual se baseia na crença de que os resultados positivos para os quadros crónicos apenas se conseguem quando os doentes e famílias estão preparados, informados e motivados, e as equipas de cuidados de saúde e pessoal de apoio na comunidade trabalham em conjunto. Tendo em conta os seguintes princípios:

- 1- Tomada de decisão baseada na evidência;
- 2- O enfoque na população;
- 3- O foco na prevenção e qualidade;
- 4- A integração e a flexibilidade e adaptabilidade.

O doente deve ser encorajado a participar no planeamento e tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, e deve ser-lhe dada a capacitação necessária para o fazer.

Vive-se hoje num mundo em processo de globalização e de neoliberalismo, marcado fortemente por práticas injustas e excludentes que afetam os processos de vida e a saúde dos indivíduos.

É necessário um esforço coletivo para o desenvolvimento da perspetiva da autogestão da saúde em enfermagem. À Enfermagem cabe apreender criticamente os modos pelos quais participa da construção e uso de conhecimentos e práticas de cuidar da saúde dos indivíduos e de que forma contribuem para uma sociedade melhor, os fatores sociais, políticos e culturais que interferem no surgimento e continuidade dos problemas de saúde dos indivíduos, o impacto das ações da enfermagem na transformação da situação de saúde dos indivíduos e na melhoria dos indicadores de saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) os enfermeiros procuram a satisfação das necessidades humanas fundamentais e o máximo de independência na realização de atividades de vida do indivíduo, a adoção funcional aos défices e a adaptação aos múltiplos fatores intervenientes na saúde dos indivíduos.

Quando qualquer um destes fatores se encontra afetado, coloca-se em causa a possibilidade do indivíduo realizar eficazmente o autocuidado consequentemente a autogestão fica em causa. Segundo Soderhamn (2001) a capacidade para o autocuidado está intimamente ligada com a saúde dos indivíduos.

O autocuidado assume-se como a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida; funcionamento integrado e bem-estar. As funções humanas básicas são determinantes para a habilidade do autocuidado. A avaliação destas funções mostram

se uma pessoa tem capacidade de ser independente para o autocuidado ou se necessita de ajuda.

Quando o enfermeiro identifica deficit de autocuidado, este juízo relaciona-se com o facto de o indivíduo apresentar incapacidade para realizar ou completar as suas atividades de vida.

Percebe-se que o cuidado, referenciado como autocuidado de Orem, é definido como o cuidado desenvolvido pelo indivíduo, em benefício próprio, por meio de atividades ou ações, capazes de satisfazer às necessidades do próprio ser, a partir de determinados requisitos ou condições, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais.

A partir dessa perspectiva, a saúde é um estado de totalidade ou integridade que inclui o corpo, as reações emocionais, o desenvolvimento mental, as atitudes e as razões; é um estado de integridade e totalidade que os indivíduos avaliam constantemente. É a forma pela qual uma pessoa manifesta sua existência, seu processo de vir a ser. Vir a ser pessoa é uma tarefa processual, enquanto coexistência com outros. (ICN, 2006). Envolve comunicação com mundo, ações, o exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros.

O autocuidado é a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações dessas alterações de saúde, contribuindo para sua integridade, funcionamento e desenvolvimento. Isto é, os indivíduos fazem ações intencionais, apreendidas, realizadas sucessivamente para satisfazer a necessidade de cuidados.

Segundo Foucault (1996) o autocuidado é o conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde. Alguns requisitos necessários à ação de autogestão e de cuidado dependente são comuns a qualquer ser humano e outros manifestam-se apenas quando ocorre a situação de doença ou dano à saúde, são eles:

- 1) Requisitos Universais - relativos à manutenção da vida, estrutura e funcionamento humano;
- 2) Requisitos no Desenvolvimento - são aqueles necessários às condições de mudanças ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida e que requerem adaptação, atuando no desenvolvimento e maturação do indivíduo;
- 3) Requisitos de Desvio de Saúde - são necessidades de autocuidado que se apresentam nos casos de doença ou incapacidade e nos tratamentos exigidos para corrigir esta condição.

A autogestão é um conceito situacional e cultural, envolve a capacidade de agir, tomar decisões, é influenciado pelo conhecimento, competências e valores. Ao otimizar o autocuidado estamos a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, a aumentar a satisfação dos indivíduos, bem como a diminuição do recurso aos cuidados de saúde.

Orem (1983) diferencia três tipos de sistemas de enfermagem, que vão desenvolver a prestação de cuidados sistematizada com a finalidade do indivíduo obtenha a situação de assumir o seu próprio cuidado ou cuidado dependente. Estes três tipos de sistemas são:

Totalmente compensatório: O indivíduo não tem recursos necessários para alcançar a realização autocuidado, a realização dos cuidados é da responsabilidade do enfermeiro;

Parcialmente compensatório: O indivíduo compartilha a responsabilidade do autocuidado com o enfermeiro, assumindo os recursos que estão dentro da sua capacidade, ficando os demais a cargo do enfermeiro;

Sistema educativo de apoio: O indivíduo tem recursos para se Auto cuidar, mas necessita do enfermeiro para apoio, orientação e instrução;

Segundo o Departamento de Saúde Inglês (2006) o enfermeiro apoia a autogestão, isto implica o aumento da capacidade, da confiança e da eficácia das pessoas para o autocuidado.

O primeiro passo na operacionalização no processo de enfermagem segundo Orem (1993) é a identificação das limitações e/ou habilidades para o autocuidado determinando a sua capacidade de autocuidado e consequentemente de autogestão. A teoria do autocuidado segundo Foucault (2004) pressupõe que o indivíduo seja sujeito ativo no processo de decisão sobre a identificação das necessidades, da natureza e das ações a serem desenvolvidas no cuidado à saúde. Esta forma de abordagem enfatiza a participação do indivíduo e/ou familiares no processo de tomada de decisões, acerca do tratamento e dos cuidados necessários, de forma a possibilitar e incentivar a maior independência possível, deste indivíduo, na relação enfermeiro/paciente.

Assim, o trabalho **com** o indivíduo é diferente do trabalho **para** ou **pelo** indivíduo devendo, necessariamente, englobar a discussão de experiências e formas de se cuidar (Gonçalves, 2005). Nesta perspetiva o enfermeiro assume o compromisso de compartilhar conhecimentos, dividindo o espaço com aquele que é o sujeito e não mais o objeto das ações de cuidado à saúde.

Os deficits de autogestão estão associados aos tipos de componentes que constituem a incapacidade para o autocuidado e com o número e variedades de limitações, sendo identificados como completas ou parciais:

As ações de autocuidado têm certos propósitos a serem alcançados, denominados de requisitos de autocuidado, os quais foram classificados em universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais são comuns a todos os seres humanos, como por exemplo, a manutenção de um suprimento suficiente de ar, água e alimentos; provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, entre outros.

Os requisitos de desenvolvimento são tanto expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado particularizadas por processos de desenvolvimento quanto novos requisitos, derivados de uma condição/gestação, ou associados a algum evento na vida da pessoa, como por exemplo, a perda de um parente. Finalmente, os requisitos no desvio de saúde são exigidos em condições de doença, lesão ou como consequência de medidas médicas para diagnosticar ou corrigir uma condição (Orem 1991).

De acordo com a Teoria do Autocuidado há cinco métodos de ajuda através dos quais uma pessoa pode compensar ou superar a dependência de ações alheias (dependência para o autocuidado). Métodos estes que os enfermeiros empregam com indivíduos dependentes de cuidados:

1. Agir ou fazer pelo outro;
2. Guiar ou direcionar;
3. Prover suporte físico ou psicológico;
4. Proporcionar e manter um ambiente que dê suporte ao desenvolvimento pessoal;
5. Ensinar.

O conceito de autocuidado foi especialmente desenvolvido para estabelecer um sistema que pudesse organizar as práticas de enfermagem na sua especificidade e capacitar os indivíduos para a máxima independência.

As consequências filosóficas e também políticas presentes no conceito de autocuidado, mesmo não tão explícitas ou evidentes, respondem a uma outra lógica, diferente a foucaultiana. Esta marca na origem, de uma e outra, também responde a forma de construção dessas noções e do modo como elas estão atreladas a duas expressões que respondem a duas concepções do indivíduo, e do modo pelo qual se relacionam com a saúde e a doença, e com a liberdade.

Segundo Meleis (2007) as transições resultam de alterações na vida, na saúde, nas relações, no ambiente e refere quer o processo, quer o resultado de uma complexa interação pessoa e ambiente, é entendida como a passagem, ou movimento, de uma fase da vida para outra, de uma condição ou status para outro.

Assim quando uma pessoa passa de um nível de autonomia no autocuidado para outro, a um nível mais baixo, vive uma transição para a dependência. O papel dos enfermeiros será o de ajudar a pessoa na reconstrução da autonomia.

Para avaliarmos os cuidados necessários ao indivíduo com deficit, temos que observar sua capacidade de autocuidado e determinar não só o que o indivíduo pode fazer, mas como o fará, tendo em atenção as suas características individuais e tendo conhecimento dos efeitos positivos e negativos da realização de uma determinada atividade (George, 2000).

Os indivíduos valorizam o comportamento de autocuidado que implica uma maior autonomia no domicílio, valorizando também a sua participação na autogestão. Recomenda-se dessa forma que se discuta com o indivíduo sobre a sua necessidade, condições e forma de participar na autogestão do seu estado de saúde. Assim, contribui-se para independência, o que irá preservar a sua individualidade. Esta independência pode e deve ser fomentada mesmo nos indivíduos idosos com doença crónica.

A capacitação dos indivíduos para o autocuidado corresponde, assim, à primeira linha de investimento com vista a uma autogestão eficaz da saúde. A enfermagem comunitária tem neste domínio um papel preponderante na definição de estratégias que promovam o maior nível de saúde das comunidades e maior adequação dos recursos e do acesso aos serviços da comunidade em geral, incluindo os de saúde.

As estratégias para o desenvolvimento ou reforços adicionais da gestão da diabetes, irão exigir um esforço concertado dos profissionais de enfermagem, cidadãos e sociedade civil.

Face às características demográficas e geográficas da região do Baixo Alentejo, (região onde se insere Santiago do Cacém), com o acentuado envelhecimento demográfico e dispersão geográfica, importa desenvolver estratégias que facilitem a equidade de acesso a essa capacitação para a saúde, desenvolver projetos com vista a autogestão. A proximidade de cuidados pode e deve passar pela ação ativa dos enfermeiros, com vista à promoção da segurança e empenho dos indivíduos e comunidade, em desenvolver ações que influam o mais alto nível de saúde e bem-estar.

Esta pode e, deve ser mesmo uma área de investimento prioritário da enfermagem comunitária, que deve assumir, inequivocamente, o papel que é seu, na vanguarda da

capacitação das pessoas e comunidades no sentido do maior nível de saúde e qualidade de vida. Para que seja possível atingir esse nível de saúde e qualidade de vida é necessário promover a saúde, capacitando os indivíduos.

A diabetes é o principal fator de morbidade e mortalidade prematuras, resultantes das complicações a longo prazo, como a doença cardiovascular, cegueira, insuficiência renal, amputações, e AVC. Com um bom controle da glicemia desde o início e ao longo da vida, um indivíduo com diabetes pode ter uma boa qualidade de vida e reduzir o risco das complicações a longo prazo, tão nocivas para a sua saúde e bem-estar.

Os três fatores de risco mais importantes na patogênese desta doença são estilos de vida sedentários, maus hábitos alimentares, e alterações da composição corporal. O tratamento da diabetes tipo 2 deve centrar-se no indivíduo, sendo a educação para a saúde e para o autocuidado na diabetes desde há muito considerada a base dos cuidados de todos os indivíduos afetados pela diabetes. Os conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente, usualmente referido como literacia em saúde. A baixa literacia em saúde relaciona-se com percepção de baixa auto-eficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, bem como com comportamentos ineficazes de saúde.

Da revisão bibliográfica exaustiva feita, verificou-se que a literatura tem apontado que grande parte dos idosos com diabetes tem dificuldade na adesão ao regime terapêutico (controle metabólico, plano alimentar, atividade física e terapêutica medicamentosa).

A diabetes é uma doença de difícil controle, devido à necessidade de alterações nos estilos de vida, a aquisição de conhecimentos e à capacitação para o autocuidado. A educação em geral e a educação para a saúde em particular, são ferramentas fundamentais que devem ser utilizadas e aproveitadas pelos profissionais de saúde para melhorar a adesão ao regime terapêutico. Aumentar o conhecimento da pessoa, fornecendo-lhe informações adequadas sobre a doença, conduz a uma maior probabilidade de induzir a adoção de estilos de vida saudáveis. Sendo o estilo de vida um importante determinante da saúde, que pode assumir um papel de maior importância que os cuidados prestados pelos profissionais, no tratamento e controle de diversas doenças, educar as pessoas sobre a eficácia dos tratamentos pode ser uma forma de melhorar o seu comportamento de adesão, sendo a Educação para a saúde parte integrante dos esforços para prevenir as doenças, promover a saúde, otimizar o tratamento e promover a capacitação e empoderamento do utente.

3.3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE, CAPACITAÇÃO, EMPODERAMENTO

A primeira grande conferência internacional sobre Promoção da Saúde decorreu em Novembro de 1986 e culminou com a carta de Ottawa. Esta conferência convocou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os demais organismos internacionais a advogar em favor da saúde em todos os contextos, uma vez que a promoção da saúde não é da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde; todos os setores, são responsáveis pela construção de um bem-estar global. A promoção da saúde inclui a educação, as medidas económicas, ambientais, sociais e legislativas destinadas a melhorar a saúde das populações. A promoção da saúde “É um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde”. De acordo com a Carta de Otawa (1986) (...) As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde (...) As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde,..”. (citada por Laverack, G,2004, p.12).

A este processo designa-se de capacitação. Só capacitando, os indivíduos se consegue que sejam pró-ativos na mudança de estilos de vida, é fornecendo um reforço de poder, empoderamento, que se irá conseguir ganhos efetivos em saúde. Numa perspetiva do empoderamento, a educação, na diabetes, é vista como uma colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes, e visa a construção e reconstrução do conhecimento por parte deste, sobre a doença e suas consequências, de forma que este possa tomar decisões informadas acerca do cuidado de si. É um processo educativo, relacional e progressista, que valoriza a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, transformando a pessoa em um ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade, constituindo-se como cidadão e protagonista de sua vida. O empoderamento significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais, nas relações interpessoais e institucionais, capacita a pessoa a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus próprios recursos ou com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar.

“Empoderamento é um processo através do qual as pessoas desfavorecidas trabalham em conjunto para terem mais controlo dos acontecimentos que determinam as suas vidas” (Werner,1988,citado por Laverack,2004 p. 59).

Para Minkler “empoderamento é o processo de ação social que leva a que as pessoas ganhem domínio das suas vidas e das vidas das suas comunidades. (Minkler, 2008,citado por loureiro e Miranda 2010,p. 155) gerando as mudanças necessárias.

Quanto ao autocuidado (já referido anteriormente no ponto 3.2), a Organização Mundial de Saúde preconiza que uma boa parte dos cuidados que os indivíduos necessitam podem ser proporcionados por eles mesmos. Nesta abordagem, o enfermeiro estimula o idoso a modificar seus comportamentos através da autocrítica, do desenvolvimento de competências e da motivação para o cuidado da sua saúde. Envolver os diabéticos no processo de tomada de decisão e planeamento do tratamento torna o atendimento às condições crónicas mais eficaz e eficiente.

No caso da diabetes, o cuidado da saúde representa um grande desafio porque envolve inúmeras mudanças de comportamento que a pessoa portadora de diabetes tem que integrar no seu dia-a-dia. A auto monitorização dos níveis de glicose no sangue, adesão ao tratamento e conhecimento dos medicamentos, as verificações regulares para detetar problemas com os pés, as dietas alimentares e as atividades físicas constantes, constituem preocupações diárias.

Nesta condição crónica as intervenções comportamentais direcionadas para o autocuidado fomentam possibilidades de melhorias nos marcadores biológicos e no controle metabólico dos diabéticos.

O cuidado empoderador está marcado pela interação e participação ativa, através da aliança terapêutica entre o diabético e o profissional, aumentando as possibilidades de obtenção de sucesso nas ações realizadas. Nas atividades desenvolvidas, devem ser estimulados os sentimentos de confiança mútua, de co-responsabilidade e de poder compartilhado, dentro de uma aliança terapêutica em busca do empoderamento dos envolvidos. Nesta aliança, os envolvidos são beneficiados pelas trocas de conhecimento e de experiência de vida.

O empoderamento, entendido como tecnologia educacional inovadora, está diretamente relacionado a ajudar a pessoa no crescente controlo sobre sua vida, abordando os campos da promoção da saúde. O desenvolvimento pessoal e social Pode ser conquistado por meio da informação, da educação para a saúde e da intensificação das competências, o que possibilita à população exercer maior controle sobre sua própria saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) a enfermagem comunitária contribui para este processo de capacitação, Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à

capacitação e empoderamento das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

Ainda segundo a Ordem dos enfermeiros, Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e pretende alcançar. Procurando, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procuram, também, a satisfação das necessidades humanas básicas e a independência na realização das atividades da vida diária, Assim como a adaptação a múltiplos fatores, através de processos de aprendizagem a pessoa, tendo em vista alterações de comportamentos.

A intervenção do enfermeiro visa ensinar e instruir os indivíduos a monitorizarem parâmetros fisiológicos (tensão arterial, glicose, etc.), de forma a auto gerirem a sua doença, a saberem quando necessitam de ajuda diferenciada, a providenciar o conhecimento necessário para tomarem decisões informadas, a providenciar suporte social e emocional, a oferecer sugestões e encorajá-los na tomada de decisão. A intervenção do enfermeiro visa a mudança do estilo de vida para adoção de hábitos saudáveis, com vista á promoção da saúde.

A educação para a saúde visando a autogestão e o autocuidado é um dos pilares do cuidar de todos os diabéticos que pretendam obter resultados com sucesso em termos de saúde, e o processo de proporcionar ao diabético o conhecimento e as competências que lhe permitam assegurar a autogestão e autocuidado no seu dia-a-dia. Diariamente o diabético é confrontado com a necessidade de planejar refeições, desenvolver atividade física, cuidar e vigiar os pés, monitorizar a glicemia e, administrar medicamentos. Tornando-se indispensável, não apenas o conhecimento sobre a doença em geral mas, também reforçar a capacidade do diabético de compreender e gerir a doença, ou seja ser detentor de literacia em saúde com vista á capacitação para tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia, proporcionando o empoderamento ou seja o aumento do poder sobre o processo e gestão da sua saúde-doença.

3.4 - LITERACIA EM SAÚDE

A primeira condição para que alguém altere ou adote comportamentos adequados à sua nova condição de saúde é possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar. Contudo a aquisição de conhecimentos relacionados com aspetos de saúde não é uma condição por si só suficiente para a

mudança de estilos de vida, o uso de instruções específicas para cumprir um comportamento de saúde e o uso de afirmações motivacionais, que promovam a auto confiança para implementação dos comportamentos desejados são o complemento para que essa mudança se inicie. Uma das competências fundamentais passa pelo conhecimento sobre diferentes aspetos de saúde (e de cuidados de saúde), bem como pela capacidade de utilização desse conhecimento, ou seja ser detentor de literacia em saúde. Segundo Nutbeam (2000) a melhoria dos níveis de literacia em saúde é essencial não só para assegurar a transmissão do conhecimento mas também para garantir o desenvolvimento de competências fundamentais para o *empowerment* e a auto-responsabilização dos cidadãos para com a sua saúde.

“Vários estudos demonstram uma associação entre baixos níveis de literacia e resultados adversos em saúde” (Dewalt et al, 2004), estando descritas evidências para doenças como a Diabetes, o Cancro, o HIV e a Asma (Hackney et al, 2007) havendo ainda clara correlação com os índices de mortalidade (Baker et al, 2007 citados por Chao, Anderson e Hernandez (2009).” (PNS 2011-2016,2010,p.20)

A Organização Mundial da Saúde define “Literacia em Saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e usarem informação de forma que promovam e mantenham uma boa saúde “. (Organização Mundial da Saúde, 1998, citado por Loureiro & Miranda, 2010,p.133)

Para Kickbusch e colaboradores (2006) literacia em saúde “é a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização dos serviços de saúde, no mercado e no contexto político”. (citado por Loureiro & Miranda, 2010,p. 133). Segundo Loureiro & Miranda (2010) é uma estratégia de empoderamento para facultar o aumento do poder das pessoas sobre a sua saúde, possibilitando a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades. Kickbusch e colaboradores (citado por Loureiro & Miranda 2010) definem quatro competências em literacia em saúde:

- Competências básicas para a promoção da saúde**, adoção de comportamentos de proteção da saúde e prevenção da doença, bem como de autocuidado.
- Competências do doente**, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais
- Competências como consumidor**, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos, caso necessário.
- Competências como cidadão**, através de comportamentos informados de participação, conhecimento dos direitos, advocacy para assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

O acesso à informação torna-se imperativo para assegurar a autonomia dos indivíduos. Contudo este processo de fornecer informação não deve ser uma mera passagem de informação em que se debita os conhecimentos ao outro, a aprendizagem deve ser participativa e crítica. " A aprendizagem crítica é participativa, com conteúdos e estilos de ensino que funcionam num fluxo contínuo e de permanente negociação. O sucesso não se baseia na retenção factual mas no aumento da capacidade para pensar criticamente" (Labonte e Laverack ,2001 a, citado por Loureiro & Miranda, 2010,p. 137).

Melhorar a Literacia em saúde, significa dar poder aos indivíduos para assumirem responsabilidades pelos seus comportamentos e a autogestão da sua saúde para uma melhor qualidade de vida e obtenção de ganhos efetivos em saúde.

3.5 - MODELO DE ENFERMAGEM DE NOLA PENDER

De acordo com Vítor e colaboradores,

"A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem as necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Além disso podem contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando maiores oportunidades no alcance dos objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção da doença, (...) criando um suporte sólido para uma prática informada." (Victor, Lopes & Ximenes, 2005, p.236).

Dos vários modelos de teorias de enfermagem, o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, desenvolvido na década de 80 nos E.U.A., é o mais indicado para esclarecer o fenómeno de capacitação, direcionando a ação dos enfermeiros, a desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde.

Segundo Vitor e colaboradores (2005) na construção do Modelo de promoção da saúde, a autora utilizou, como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expetativas, ambos da psicologia. É um modelo que pode aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital, para explicar a mudança de comportamento e que tem como conceitos principais: **fatores cognitivo-perceptivos** que incluem a importância da saúde, o controlo percebido da saúde, a auto eficácia percebida, a definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adoção de determinado comportamento e os obstáculos que a pessoa percebe para realizar a ação; **fatores modificadores** como as características demográficas, as características biológicas, as influências interpessoais, **fatores situacionais** e **fatores comportamentais**.

O termo **saúde** é visto sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com relevo na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, tendo em consideração idade, raça e cultura, numa perspetiva holística. A saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada pessoa define a sua própria saúde, mais importante do que o conceito genérico.

Quanto ao **ambiente**, este deve ser compreendido como resultado das relações entre indivíduo e o seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, referindo que esta relação proporciona um ambiente saudável.

O conceito de **pessoa** é definido como aquele capaz de tomar decisões, resolver problemas; está no seu potencial de mudar comportamentos de saúde. Expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos e percetivos individuais e de acordo com os fatores modificantes a que é exposta.

O conceito **enfermagem** surge, intimamente relacionado às intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo ao autocuidado.

O Modelo de Promoção da Saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo no entanto ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três componentes principais os quais estão subdivididos em variáveis, que se apresentam da seguinte forma:

1. **Características e experiências individuais**, que compreende o comportamento anterior, comportamento que deve ser mudado e os fatores pessoais, que são divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corpórea, agilidade); psicológicos (auto-estima, auto motivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico), modificáveis através das intervenções de enfermagem

2. **Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar**, é o núcleo central do diagrama, sendo formado pelas variáveis; percebe benefícios para a ação, representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adotar um comportamento; percebe barreiras para ação, perceções negativas sobre um comportamento, são vistas como dificuldades e custos pessoais; percebe auto-eficácia, julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações; sentimentos em relação ao comportamento, reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável; influências interpessoais, o comportamento pode ou não ser

influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, ou por normas e modelos sociais; influências situacionais, o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde.

3. Resultado do comportamento abrange o compromisso com o plano de ação, ações que possibilitem o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem; exigências imediatas e preferências, as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento; comportamento de promoção da saúde, resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde.

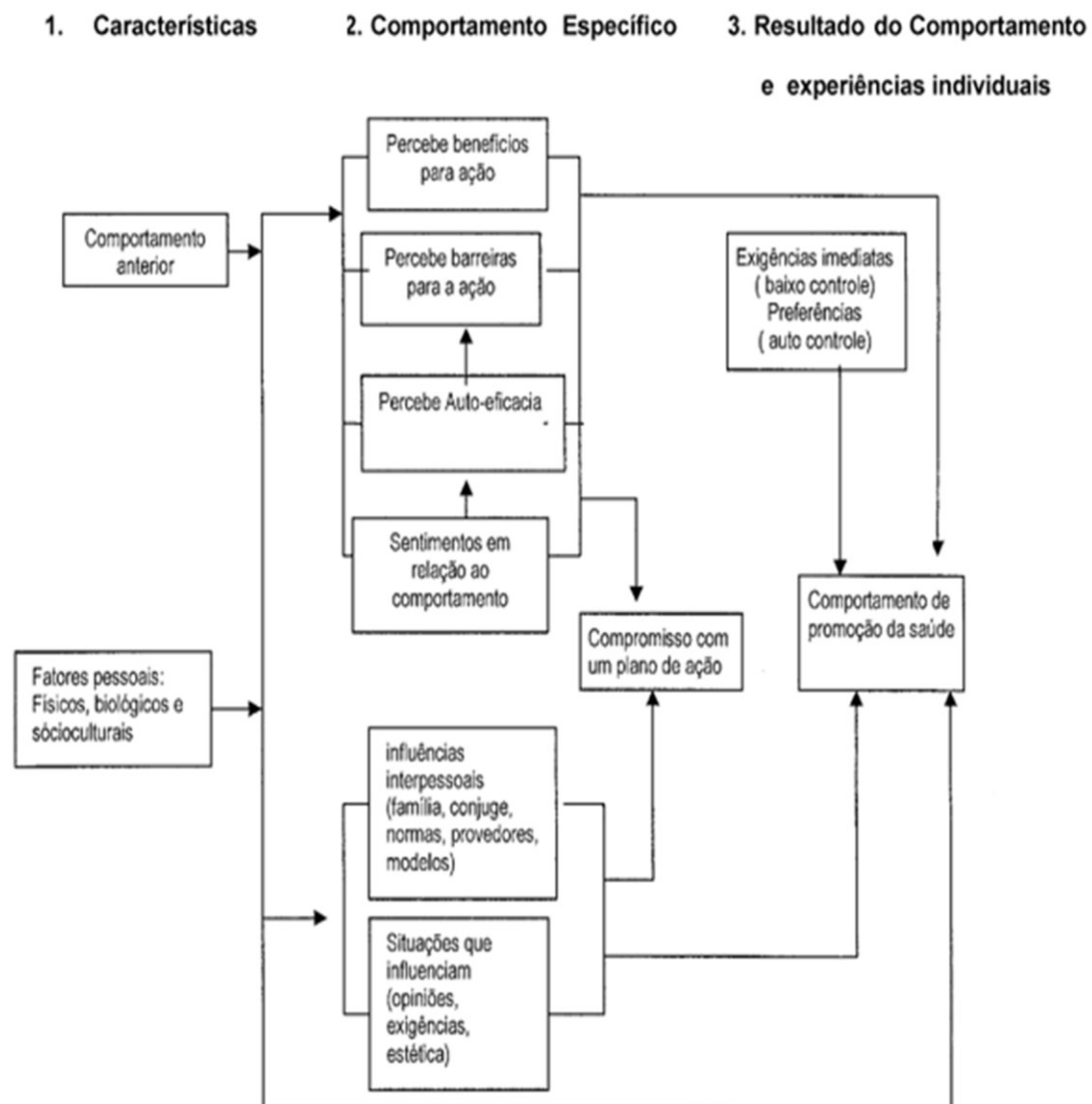


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*⁽¹⁹⁾

Quanto ao aspeto das direções de ligações do diagrama, estas estão indicadas por linhas contínuas e setas que unem retângulos; cada variável está ligada a uma ou mais variáveis, o que gera uma representação gráfica aparentemente clara (ver figura 1).

Na variável comportamento anterior representado no diagrama, a direção da seta indica que este interfere diretamente no comportamento de promoção da saúde, como também, nos demais componentes, esta variável é o ponto de partida do modelo, isto é, a condição padrão para a elaboração das intervenções de enfermagem, além de influenciar diretamente no comportamento de promoção da saúde.

Passamos a definir sucintamente as categorias referidas anteriormente:

- Comportamento anterior relacionado refere-se a comportamentos semelhantes do passado, que podem condicionar o comportamento atual;
- Fatores pessoais biológicos, referem-se à idade, sexo, índice de massa corporal e força, entre outros; psicológicos como a auto-estima, a auto motivação o estado de saúde percebido e a definição pessoal de saúde; socioculturais, que incluem variáveis como a raça, etnia, aculturação, educação e estatuto socioeconómico;
- Benefícios da ação percebidos são resultados positivos antecipados pela pessoa em consequência do comportamento de saúde;
- Barreiras percebidas à ação são dificuldades antecipadas pela pessoa, que podem ser reais ou imaginadas e custos pessoais da realização do comportamento;
- Auto-eficácia percebida é a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento de promoção de saúde e influencia as barreiras percebidas à ação, sendo que quanto maior a auto-eficácia percebida, menores as barreiras à adoção do comportamento de promoção de saúde desejado;
- Atividade relacionada com a apresentação refere-se aos sentimentos subjetivos positivos ou negativos associados pela pessoa ao comportamento, antes, durante ou após o mesmo. Há uma associação positiva entre a atividade relacionada com a apresentação e a auto-eficácia percebida;
- Influências interpessoais ou conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes de outros. Incluem as normas, o apoio social e a modelagem ou aprendizagem variada. A família, o grupo de pares e os profissionais de saúde são fontes primárias de influências interpessoais;
- Influências situacionais são as percepções ou conhecimentos da pessoa, sobre determinada situação ou contexto e que podem facilitar ou dificultar o comportamento, direta ou indiretamente. É o caso da percepção pessoal sobre as opções disponíveis, o

nível de exigência do comportamento de saúde desejado e aspetos estéticos do ambiente onde ele se realiza;

- Compromisso com um plano de ação refere-se à intenção e compromisso da pessoa com uma estratégia planeada que conduz à adoção do comportamento de saúde esperado;
- Exigências e preferências de competição imediatas em que as exigências se referem a comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem pouco controle, devido a contingências como o trabalho e as responsabilidades familiares. As preferências de competição são os comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem maior controlo, como a escolha dos alimentos para uma refeição ou lanche;
- Comportamento de Promoção da saúde é o resultado final de toda a intervenção, ou seja o comportamento que conduz a resultados de saúde positivos. São comportamentos de promoção de saúde, seguir uma dieta saudável ou seja uma dieta adequada à sua condição de saúde, exercício físico regular, vigilância de saúde, sono e repouso adequados, seguir o regime medicamentoso como prescrito, entre outros.

A representação gráfica dos fatores pessoais (biológicos, psicológico e socioculturais), indica que todos estes interferem diretamente no comportamento de promoção da saúde (ver figura 1). Pender refere que a relação entre o número de benefícios e o número de barreiras poderá influenciar na mudança de comportamento. Em relação às variáveis influências interpessoais e influências situacionais, estas, interferem tanto no compromisso com o plano de ação como no comportamento de promoção da saúde.

Se entendermos a promoção da saúde numa perspetiva alargada, a mudança de estilos de vida e adoção de hábitos saudáveis corresponde à prevenção primária. A capacidade de autocuidado e autogestão, necessária para viver com a diabetes tipo 2, será outro aspecto da promoção da saúde que corresponde à prevenção terciária ou reabilitação e adaptação a uma nova condição de saúde.

Os principais **pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde**, realçam o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde, refletindo a perspetiva das ciências comportamentais:

1. As pessoas procuram criar condições de vida que lhes permitam exprimir o seu potencial de saúde humano, único.
2. As pessoas têm consciência reflexiva e de apreciação das próprias competências.
3. As pessoas valorizam o crescimento que entendem positivo e procuram um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a mudança e a estabilidade.
4. As pessoas procuram auto-regular o seu comportamento.

5. As pessoas interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformadas por ele.
6. Os profissionais de saúde integram o ambiente interpessoal com influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital.
7. A reconfiguração dos padrões de interação pessoa-ambiente, deve ser auto iniciada e é essencial à mudança de comportamento.

Este modelo, que pretende descrever a natureza holística das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde, é muito relevante para a prática de enfermagem, porque se aplica em diversos contextos e ao longo do ciclo vital.

Do modelo de promoção da saúde, de Nola Pender (2002) emergem alguns princípios com relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, no que se refere à promoção da saúde à pessoa portadora de diabetes,

- O comportamento anterior e as características, herdadas ou adquiridas, influenciam as crenças das pessoas e o seu envolvimento no comportamento de saúde ou no comportamento de adesão, desejado;
- As pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais prevêm benefícios;
- As barreiras ou obstáculos percebidos dificultam todo o processo que conduz ao comportamento desejado;
- A auto-eficácia percebida aumenta a probabilidade de compromisso com um plano de ação e com a adoção do comportamento;
- Quanto maior a auto-eficácia menos barreiras percebidas e maior probabilidade de adotar o comportamento desejado;
- Emoções positivas associadas a determinado comportamento, aumentam a auto-eficácia, que por sua vez vai aumentar ainda mais a apresentação positiva, a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde e de implementação do mesmo;
- As pessoas comprometem-se e adotam comportamentos de promoção da saúde, mais facilmente se observam esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas e se estas o esperam de si e lhe prestam a ajuda e apoio necessários;
- A família, o grupo de pares, os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva ou negativamente a adoção de comportamentos de promoção de saúde, ou de adesão ao regime terapêutico;
- Quanto maior o compromisso da pessoa com determinado comportamento maior a probabilidade de o manter ao longo do tempo;

- Quando as exigências de competição, sobre as quais a pessoa tem pouco controlo, exigem atenção imediata, é menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejado, o mesmo se passando quando outras ações são mais atraentes e portanto preferidas à adoção do comportamento desejado;
- As pessoas podem alterar, o conhecimento, a apresentação e o contexto (ambiente físico e interpessoal) para criar incentivos à adoção de comportamentos de promoção da saúde.

As intervenções de enfermagem, em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, serão essencialmente do tipo educar, ensinar, instruir e treinar. O planeamento e implementação das intervenções prescritas, será adaptado às necessidades e características específicas da pessoa ou grupo, aos objetivos que pretendemos atingir e com os quais a pessoa se deverá também comprometer, de modo a aumentar os benefícios percebidos, diminuir as barreiras percebidas, melhorar a auto-eficácia percebida e otimizar as influências interpessoais e situacionais criando condições favoráveis à autogestão e ao auto cuidado. O enfermeiro poderá estabelecer com o diabético relações de parceria que respeitem as suas crenças e opções em relação aos cuidados e gestão do seu processo saúde/doença que garantam o suporte necessário para uma eficácia do tratamento.

A compreensão de todo o processo de autogestão e autocuidado é complementada com os Modelo de cuidados na doença crónica, referido anteriormente (ponto 3.2) o qual tem também uma abordagem centrada na interação entre um doente informado, motivado, participante e uma equipa de profissionais preparada e proativa e a teoria do autocuidado de Orem(1991). A escolha destas teorias justifica-se, considerando que o autocuidado é indispensável à pessoa portadora de diabetes tipo 2 no seu dia-a-dia, para garantir o desenvolvimento em benefício da vida, saúde e bem-estar, contudo estes dois modelos estão voltados para a própria pessoa, processo de autocuidado e doença crónica, ficando a vertente da saúde, dos seus determinantes e interações e promoção a descoberto. A escolha do modelo de Nola Pender prende-se com o facto de este modelo descrever a natureza holística das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procura de saúde, direcionando a ação dos enfermeiros, a desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, determinando o processo de capacitação e empoderamento. É com esta reflexão na mente que partimos para o desenvolvimento deste projeto, que se mostra urgente e necessário.

4 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

Um trabalho requer a utilização de métodos de recolha de informação que constituem, o caminho para chegar a determinado fim, permitindo obter respostas às questões de investigação colocadas, à finalidade e aos objetivos. Segundo José (2011) as opções metodológicas são, compostas por um conjunto de atividades ordenadas e racionais que permitem, a orientação necessária para percorrer e alcançar os objetivos pretendidos. Remete para o modo como foi realizado o trabalho de projecto suas atividades e processos de trabalho, permitindo ao investigador personalizar, aí, todo o seu estudo, respondendo, num só tempo, às questões como, quando, onde e com o quê.

4.1- POPULAÇÃO

A população deste projeto é constituída por pessoas portadoras de diabetes tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade inscritos na da UCSP de Santiago do Cacém (freguesia de santiago do Cacém)

4.2 - FINALIDADE

Como Finalidade do projeto, promover a literacia em saúde, através da implementação do projeto: Empoderamento da pessoa com diabetes Tipo 2.

4.3- OBJETIVOS

Com este projeto pretende-se, criar a base de sustentação ao nível da gestão do processo saúde/doença e promover a literacia em saúde, através da implementação de formação na área da saúde, tendo como objetivos:

- Criar um espaço de aquisição / desenvolvimento de competências na área da gestão da saúde – Empoderamento da pessoa com Diabetes Tipo 2.
- Desenvolver competências na área da gestão e do autocuidado na população com idade igual ou superior a 65 anos portadora de diabetes tipo 2.

4.4 – DIAGNÓSTICO DA POPULAÇÃO

Saber o que sabem os diabéticos sobre a sua doença e quais os défices de conhecimento, é fundamental para adequar as intervenções dirigidas à aprendizagem com o objetivo de aumentar o conhecimento.

Neste sentido foi importante realizar o diagnóstico da população diabética, na faixa etária dos 65 e mais anos, a nível dos conhecimentos e de alguns comportamentos de saúde

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se o “Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDCA) construído originalmente em inglês, sendo posteriormente validado por Bastos (2004) para a população Portuguesa (Anexo I). No qual a avaliação foi parametrizada em dias por semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e 7 a mais favorável, lendo-se: "em X os últimos 7 dias..." a pessoa teve determinado comportamento. Para se obter respostas mais consistência, recodificaram-se as variáveis que se classificaram pela negativa, por exemplo, o álcool (0=7, 1=6...7=0). Este instrumento de colheita de dados foi escolhido por ser um dos instrumentos mais utilizados na avaliação dos comportamentos de autocuidado no diabético. É composto por duas partes: atividade de autocuidado com a diabetes e recomendações para com a diabetes. A primeira comporta seis dimensões: alimentação, exercício físico, medicação, monitorização da glicemia, higiene e cuidados com os pés e hábitos tabágicos. A segunda parte, das recomendações, também comporta seis dimensões semelhantes às anteriores, foi utilizado com o

objetivo de clarificar que aspetos do regime terapêutico, a pessoa com diabetes percepciona como tendo sido abordados pelos profissionais de saúde.

Para a avaliação dos conhecimentos utilizou-se o "Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ) - 24"78 (Anexo I). O questionário aborda questões como: conhecimento sobre a Diabetes e aspetos relacionados, como a causa, produção de insulina e hiperglicemia; duração da doença e propensão para a hereditariedade; aspetos relacionados com o regime terapêutico e seus efeitos no controle da glicemia, falsos conceitos, consequências e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia. Este instrumento de colheita de dados foi escolhido por, abordar os principais aspetos recomendados em termos de educação do diabético e encontrar-se validado para a população Portuguesa. O questionário foi codificado em respostas *certas* (1), *erradas* (0) e *não sabe* (2), possibilitando obter a proporção de respostas certas, erradas e de desconhecimentos. Após aplicação dos questionários os dados foram tratados e analisados, recorrendo-se ao programa Excel.

Sendo a nossa população constituída por 450 indivíduos foi necessário recorrer à técnica de amostragem. O cálculo do tamanho da amostra foi feito a partir de uma fórmula de intervalo de confiança (IC). Fixou-se o IC = 95%. Para aplicação da fórmula em função de n foi indispensável decidir o valor da proporção (P) e da precisão (i), sendo que estes valores são definidos em função dos interesses do investigador. (Pállas e Villa, 1991).

Tendo como objetivo chegar a resultados com um nível aceitável de fiabilidade e relevância, mas que possibilitasse um tamanho da amostra que fosse passível de ser alcançada num período curto de tempo, definimos um $i=0,05$ e um $P=0,40$. Estes valores determinaram uma amostra (após acerto para população finita) de 202 indivíduos (Anexo II).

Sendo nosso propósito conhecer esta população recorremos a uma amostra estratificada. Este tipo de amostra permite que os "subgrupos ou estratos previamente identificados na população estejam representados na amostra em proporção idêntica à que existem na população em estudo." (Carmo e Ferreira, 2008,p.211). Identificámos 2 grupos a ter em conta nesta estratificação que foram: Sexo Masculino e sexo feminino.

A seleção dos indivíduos da amostra foi feita a partir de uma lista de cada estrato da população (homens e mulheres). Esta informação foi possível a partir das listas da consulta de enfermagem aos utentes diabéticos inscritos na extensão de saúde de Santiago do Cacem. Depois de atribuímos um número a cada utente das várias listas, seleccionámos os indivíduos de forma aleatória. Esta amostra correspondeu a um total de 202 indivíduos seleccionados, dos quais 108 correspondem a indivíduos do sexo masculino e 94 do sexo feminino, correspondendo

à amostra por nós traçada (Anexo II).

Após identificados os utentes com diabéticos tipo 2 e feita a seleção da amostra, estes foram contactados telefonicamente, sendo-lhes proposta a participação no estudo, após explicação do teor e interesse do mesmo, e salvaguarda de confidencialidade. Procedeu-se ao agendamento do inquérito, tendo em conta o baixo nível de escolaridade e a elevada faixa etária, o inquérito foi realizado presencialmente e lido pelo entrevistador, neste caso enfermeiro, o qual se limitou a esclarecer dúvidas sem influenciar as respostas. Foi ainda pedido ao utente que assinasse um termo de consentimento para participação no diagnóstico da população diabética tipo 2 da freguesia de Santiago do Cacém (Anexo III).

Para proteger a confidencialidade dos dados procedeu-se à codificação do questionário através da atribuição de um número. A identificação foi do conhecimento exclusivo do investigador principal.

Foi solicitada autorização para a realização do estudo ao Coordenador da UCSP do Centro de Saúde de Santiago do Cacém e concedida pelo mesmo (Anexo IV).

Foi solicitada autorização aos autores das escalas originais para sua tradução e adaptação, via endereço electrónico, tendo sido concedida pelos mesmos (Anexo V). Após o término dos inquéritos foi feita a análise estatística destes.

Sabendo que o nível de literacia de uma população influencia atitudes e comportamentos, assim como a aquisição de normas, valores e costumes e tendo em conta a faixa etária em estudo 65 e mais anos, importa conhecer o nível de escolaridade. Assim relativamente as Atividades de Autocuidado com a Diabetes, podemos observar que, 78,2% têm o 1º Ciclo, 18,8% são analfabetos, 1,4% o ensino Secundário e 0,9% o 2º e 3º Ciclo.

Relativamente a atividades de autocuidado com a diabetes e após análise dos dados do questionário, a perceção como tendo uma alimentação saudável na sua grande maioria, da amostra é boa, 45% embora só 18% referem ter cumprido o plano alimentar recomendado por um técnico de saúde, na totalidade dos dias. Como se pode observar respetivamente no gráfico nº1 e gráfico nº 2.

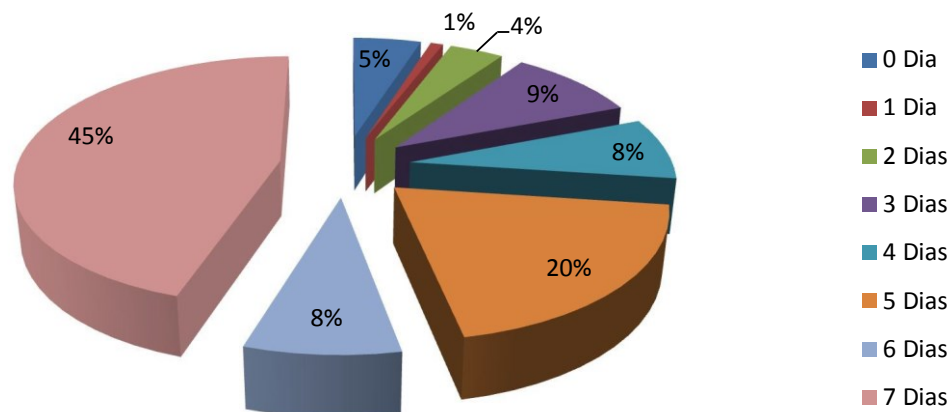


Gráfico n° 1- Distribuição dos inquiridos com alimentação saudável no total de dias da Semana

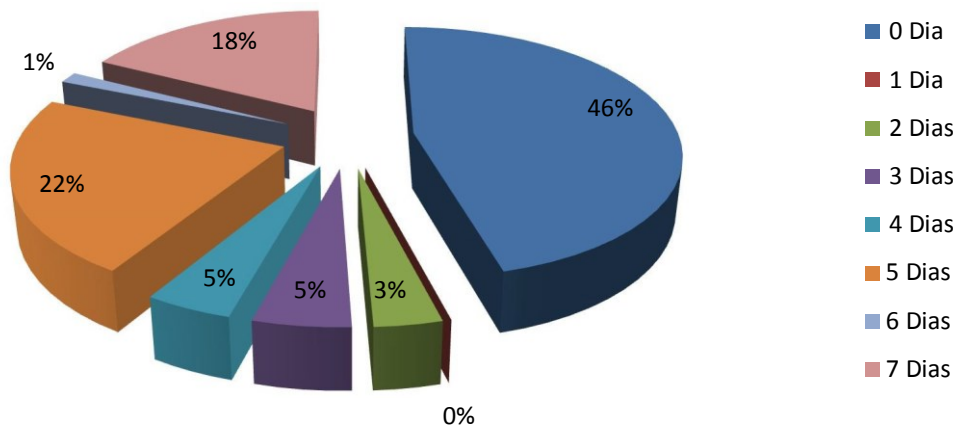


Gráfico n° 2- Distribuição dos inquiridos com plano alimentar cumprido recomendado por profissional de saúde no total de dias da semana

Quanto a aspetos específicos, como o consumo de cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais, verifica-se que esta população consome bastantes alimentos deste tipo, metade dos participantes (53%) fazem-no em 7 dias por semana, como se pode visualizar no gráfico nº3.

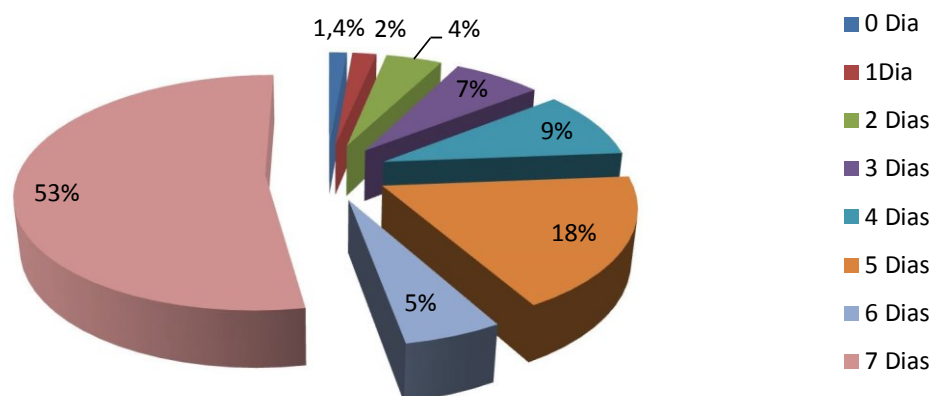


Gráfico nº 3- Distribuição dos inquiridos com consumo de cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais no total de dias da semana.

O consumo de pão às principais refeições é comum em 75% da população, o que é habitual numa população alentejana. Quanto ao acompanhamento da refeição com dois ou mais alimentos, tais como arroz, batatas, massas e/ou feijão 67% da população não tem esse hábito. Conforme se pode observar respetivamente no gráfico nº4 e no gráfico nº5.

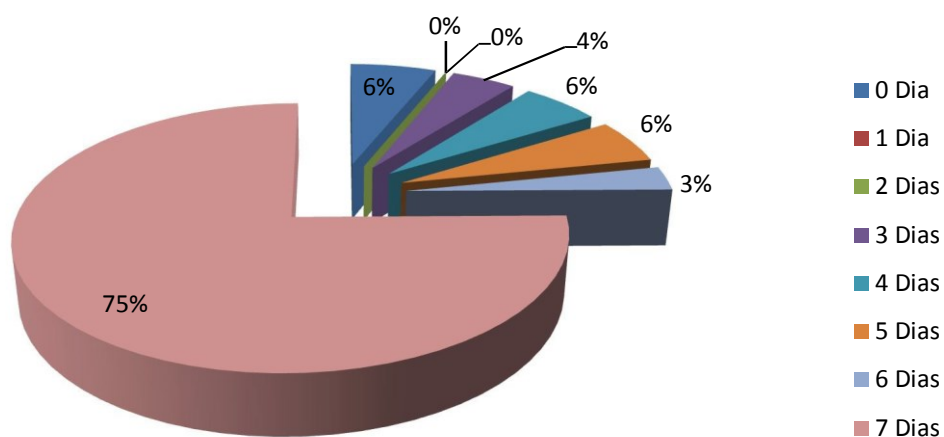


Gráfico nº 4- Distribuição dos inquiridos com consumo de pão às refeições no total de dias da semana.

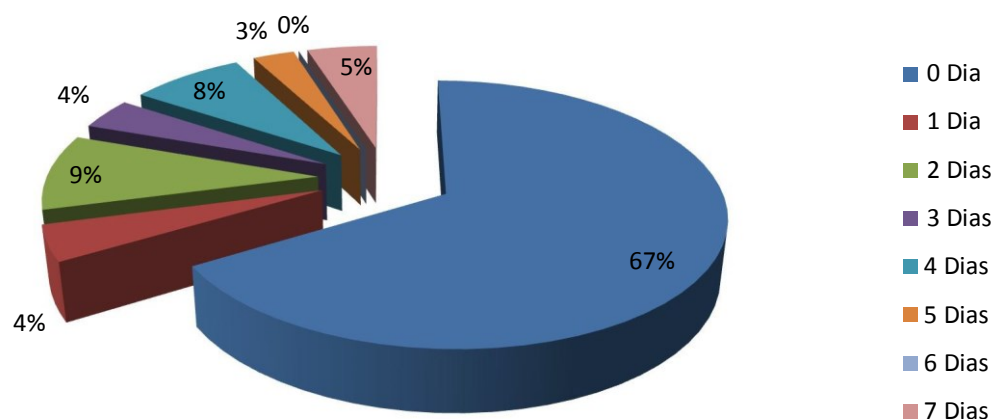


Gráfico nº 5- Distribuição dos inquiridos com consumo conjunto de Arroz, batatas, feijão e massa no total de dias da semana.

Quanto ao consumo de álcool, 84% dos participantes referiram não ter bebido mais que um copo, de qualquer bebida alcoólica às principais refeições. Conforme se pode observar no gráfico nº 6.

Relativamente ao consumo de qualquer bebida alcoólica fora das principais refeições 82% dos participantes referiram nunca o ter efetuado na semana anterior. Conforme se pode observar no gráfico nº 7.

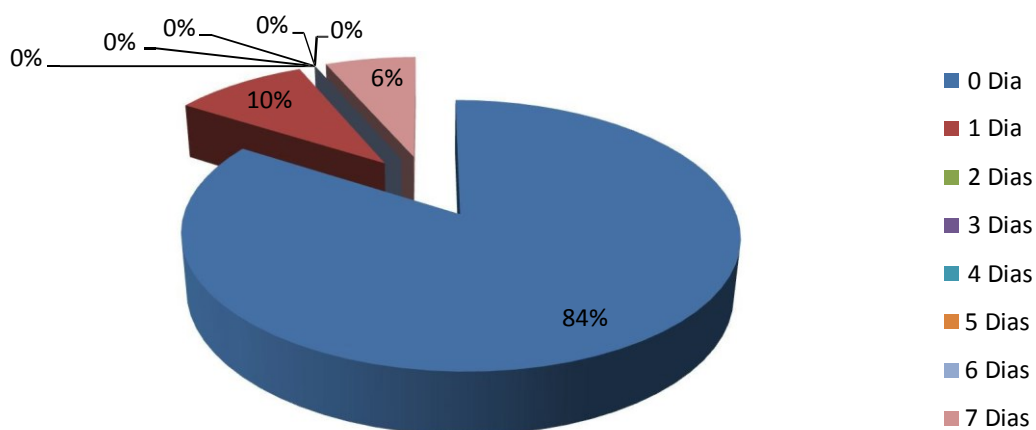


Gráfico nº 6- Distribuição dos inquiridos com consumo de mais de um copo de bebidas alcoólicas às principais refeições no total de dias da semana.

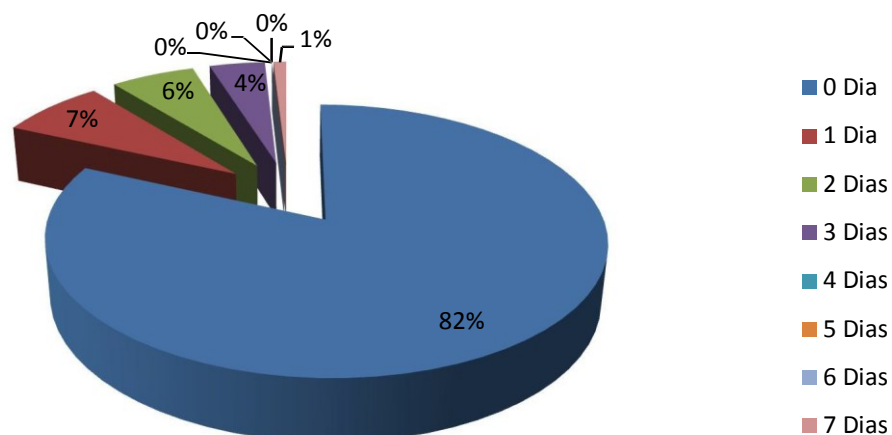


Gráfico nº 7- Distribuição dos inquiridos com consumo de mais de um copo de bebidas alcoólicas fora das principais refeições no total de dias da semana.

O consumo de alimentos doces não é uma situação problemática em termos de comportamento, havendo no entanto uma parte da amostra 4% que consome diariamente, alimentos doces como bolos, compotas, marmelada, etc. Como se pode observar no gráfico nº8.

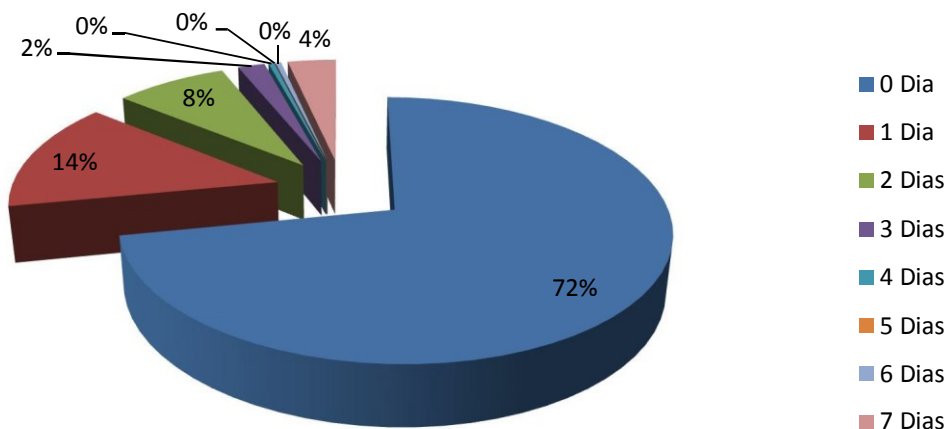


Gráfico nº 8- Distribuição dos inquiridos com consumo de doces no total de dias da semana.

Também a utilização de açúcar como adoçante nas bebidas consumidas não é um hábito, desta população apenas 10% dos participantes o fazem diariamente, enquanto 85% nunca o fez. Como se pode verificar no gráfico nº9.

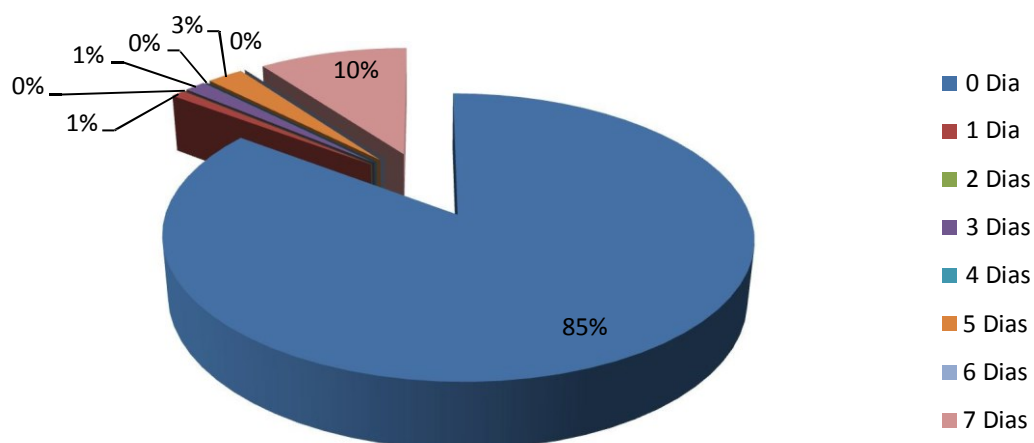


Gráfico n° 9- Distribuição dos inquiridos com consumo de açúcar como adoçante no total de dias da semana.

A prática de atividade física contínua durante pelo menos 30 minutos, englobando tarefas domésticas, agricultura, jardinagem, atividade profissional, andar (nos 7 dias) é de 38% e 34% dos participantes referiram inatividade, como se pode visualizar no gráfico n° 10.

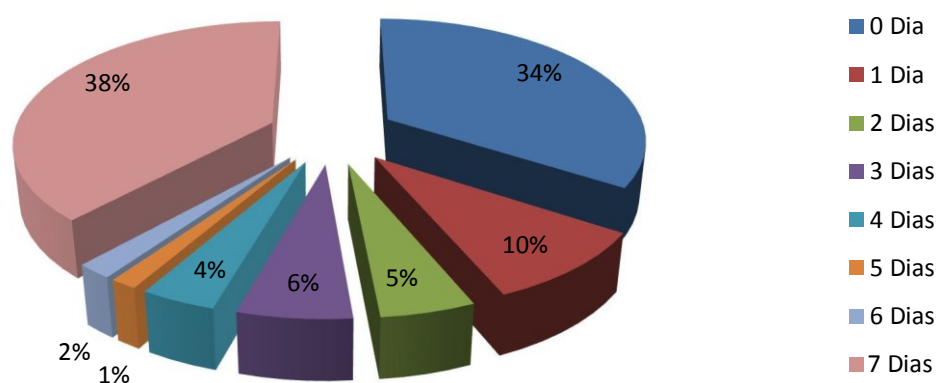


Gráfico n° 10- Distribuição dos inquiridos com prática de atividade física contínua pelo menos durante 30 minutos no total de dias da semana.

Quanto ao exercício físico específico, como nadar, caminhar e andar de bicicleta, foi referido por 97% como não tendo praticado dia nenhum e só 1% participa

em 3 dias e 2% dos participantes tem com atividade mais regular em 6 dias, como se pode observar no gráfico nº 11.

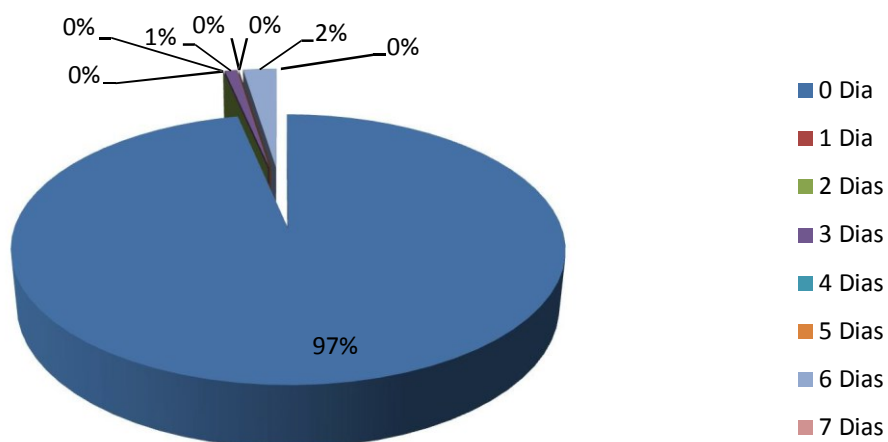


Gráfico nº 11- Distribuição dos inquiridos com prática de atividade física específica no total de dias da semana.

Relativamente a monitorização de glicemia capilar, foi realizada diariamente por 13% da população e 53% não o fez nenhuma vez nos 7 dias anteriores à sua participação no inquérito, conforme se pode visualizar no gráfico nº12.

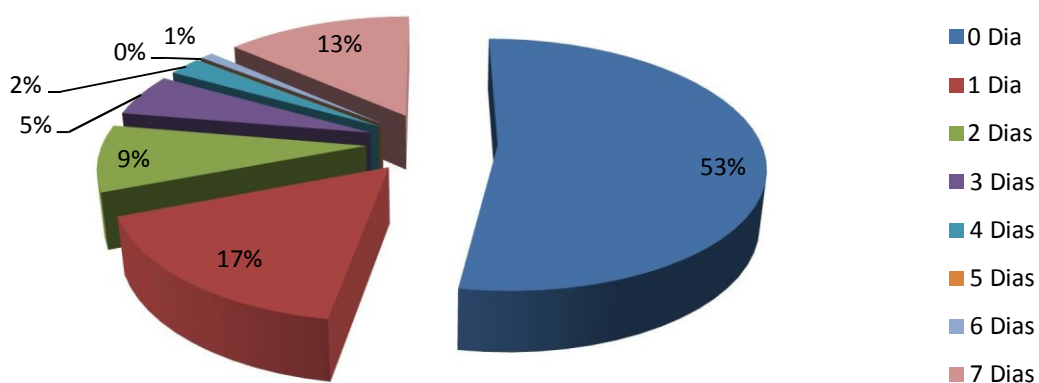


Gráfico nº 12- Distribuição dos inquiridos com avaliação da glicémia capilar no total de dias da semana.

Nos cuidados com os pés, preocupações do tipo de inspecionar os sapatos só 16% dos participantes o faz e 79% dos participantes nunca o faz, conforme se visualiza no gráfico nº 13. Examinar os pés faz parte dos cuidados diários com a diabetes de 25% dos participantes e 56% nunca adere a esta precaução, como se pode observar no gráfico nº 14.

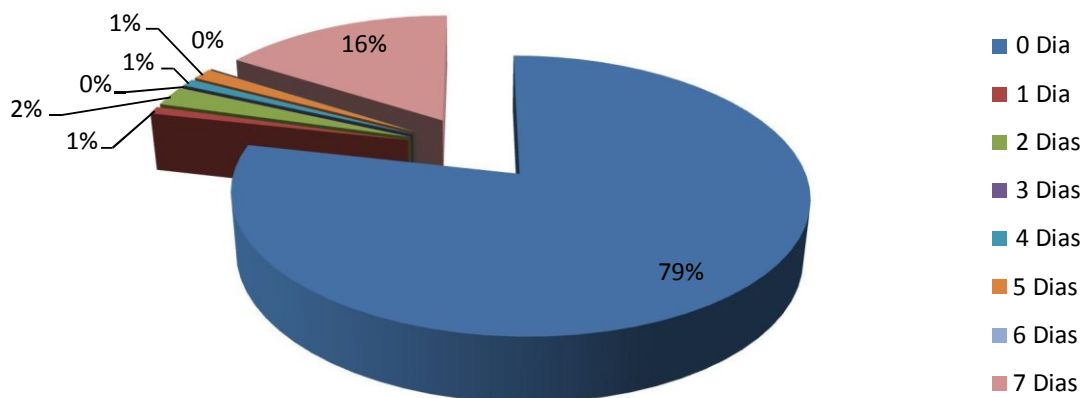


Gráfico nº 13- Distribuição dos inquiridos com auto avaliação dos sapatos no total de dias da semana.

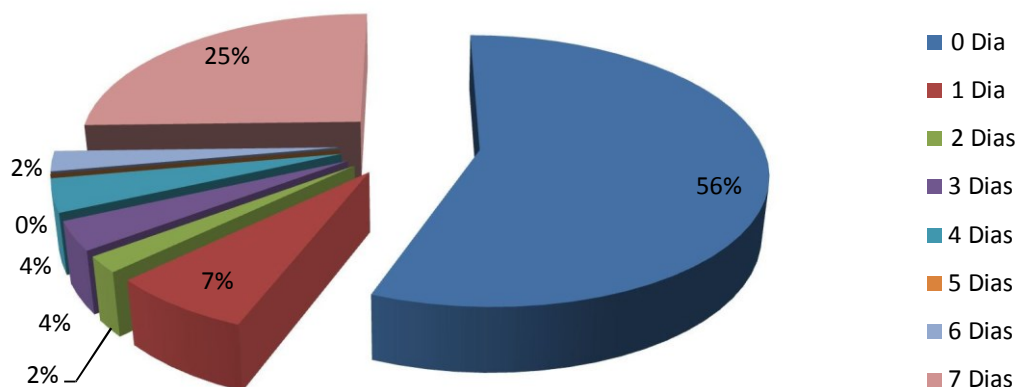


Gráfico nº 14- Distribuição dos inquiridos com auto-exame dos pés no total de dias da semana.

Relativamente à medicação verifica-se uma preocupação a este nível tendo 94% dos indivíduos tomado a medicação conforme lhe foi prescrito e 5% fazem

insulina e antidiabéticos orais em combinação. Os restantes 95% fazem antidiabéticos orais, conforme se pode visualizar respetivamente no gráfico nº 15 e no gráfico nº 16.

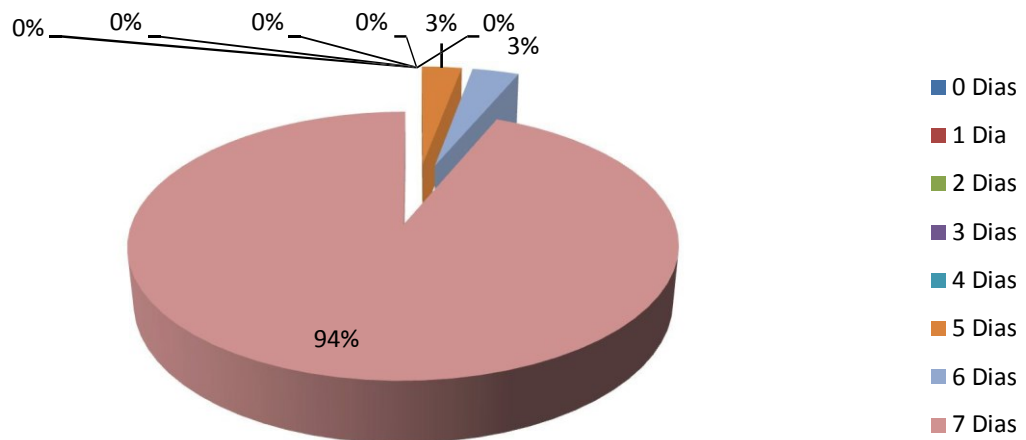


Gráfico nº 15- Distribuição dos inquiridos com toma de medicação para a diabetes conforme prescrição no total de dias da semana.

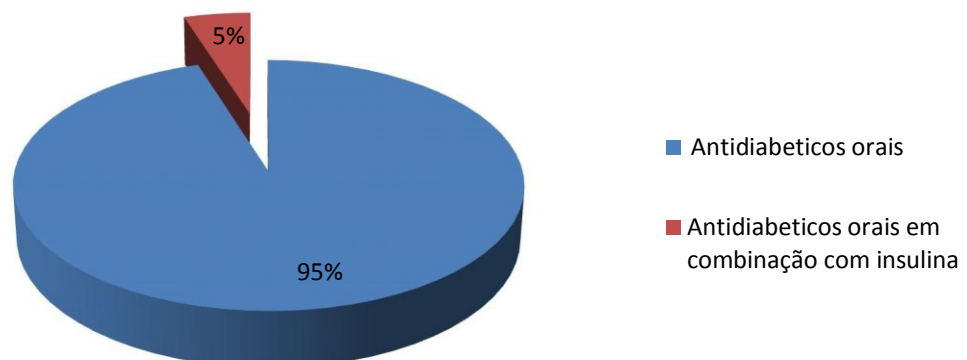


Gráfico nº 16- Distribuição dos inquiridos pela terapêutica medicamentosa.

Ao analisarmos a variável hábitos tabágicos nos últimos 7 dias, 98,5% dos participantes não fumaram, enquanto 1,4% fumaram pelo menos uma vez. Como se pode ver no gráfico nº17. Entre os inquiridos que fumaram o consumo diário de cigarros variou entre 2 e 7 cigarros, sendo a média 4 cigarros /dia.

A percentagem de não fumadores é de 88,1% e ex-fumadores de 10,4%, sendo de referir que o são há mais de 2 anos.

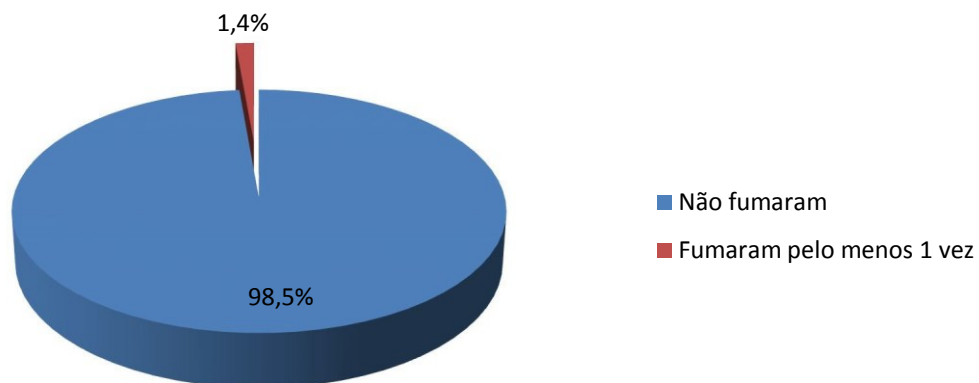


Gráfico n° 17- Distribuição dos inquiridos fumadores e não fumadores na semana anterior ao inquérito.

Relativamente aos conhecimentos sobre a Diabetes da aplicação do questionário de conhecimentos *DKQ-24*, verificou-se que, Comer muito açúcar e alimentos doces são aceites como causa da doença por 73% dos participantes e 12% não sabe e só 15% acha que não, como mostra no gráfico n° 18.

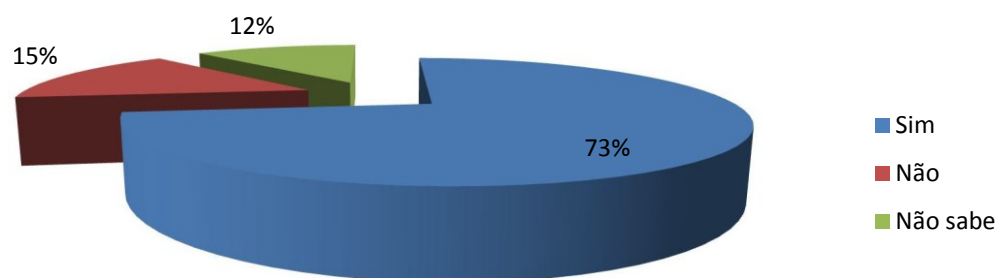


Gráfico n° 18- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre causa da diabetes (alimentos doces/açúcar).

Enquanto a falta ou resistência à insulina é apontada como causa por apenas por 18% dos inquiridos, 7% acha que não e 75% não sabe, como se pode observar no gráfico n° 19

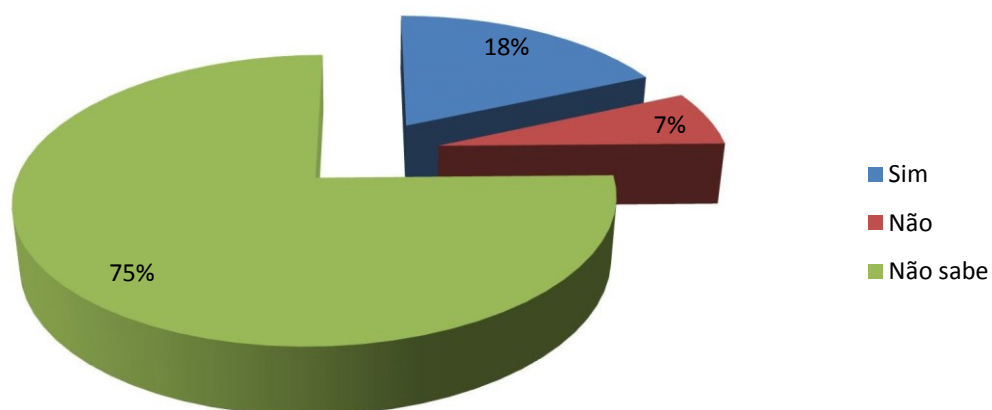


Gráfico n° 19- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre causa da Diabetes (Insulina Falta/resistência).

Quanto à questão “ A diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar “, 29% acham que é uma das causas e 67,3% não sabe e só 4% acha que não, conforme se pode ver no gráfico n° 20.

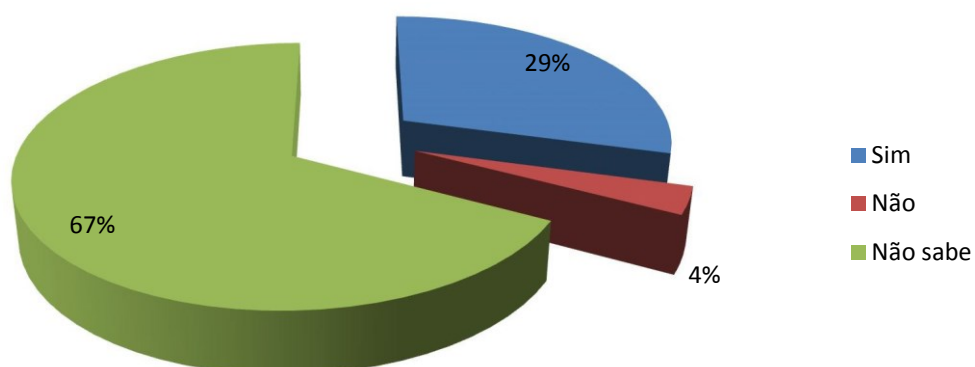


Gráfico n° 20- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre causa da Diabetes (papel dos rins).

Pode perceber-se que, esta amostra de diabéticos, apresenta défices em aspetos relacionados com a própria identidade da doença, nomeadamente as suas causas e algumas falsas crenças.

O papel da insulina endógena é desconhecido pela maior parte dos participantes 63% não sabem e 26% crêem que a insulina é produzida nos rins e só 11% acham que não, conforme se pode visualizar no gráfico n° 21.

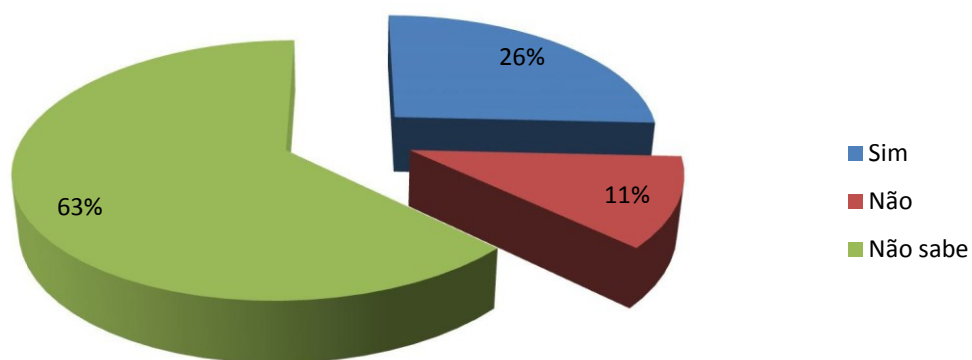


Gráfico nº 21- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre o papel da insulina endógena.

Relativamente a caracterização da diabetes quanto aos principais tipos de Diabetes é desconhecido para 60% destes diabéticos, que não sabem caracterizar a sua própria doença. Como se pode ver no gráfico nº 22

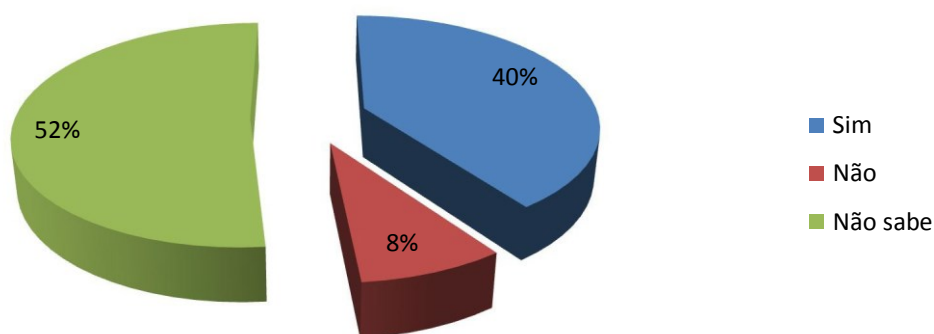


Gráfico nº 22- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre o tipo de diabetes.

A cronicidade da doença é aceite por 35%, mas cerca de 48% dos participantes desconhecem que a diabetes não tem cura e 17% têm o falso conceito que a diabetes pode ser "curada". Como se pode verificar no gráfico nº 23.

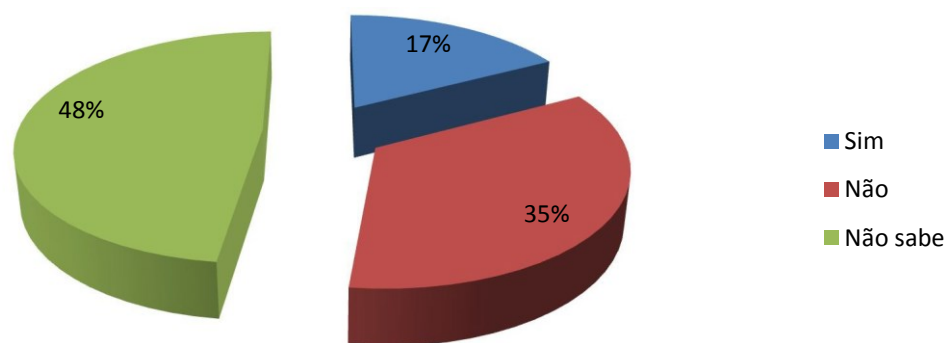


Gráfico n° 23- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre cura da diabetes.

Relativamente ao conhecimento sobre a hereditariedade da diabetes, aproximadamente 59% não sabem que os filhos têm maior risco de ser diabéticos, por serem filhos de um diabético. Conforme se pode ver no gráfico n° 24.

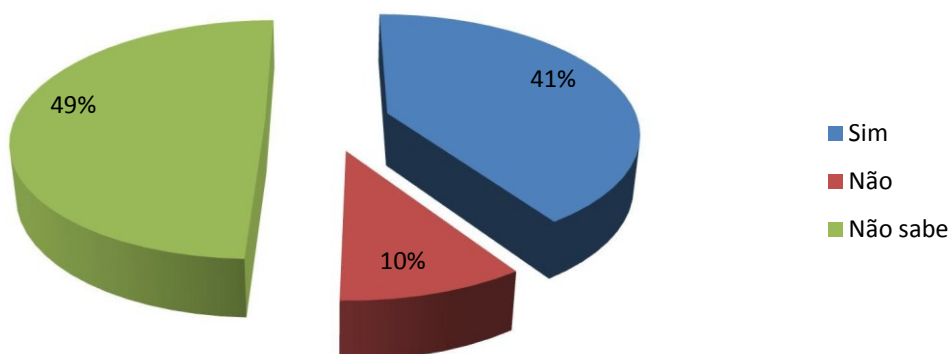


Gráfico n° 24- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre hereditariedade da diabetes.

Relativamente às consequências agudas, esta amostra apresenta défices de conhecimento importantes. Os sintomas de açúcar baixo (hipoglicemia), são identificados como sintomas de açúcar alto por 11% da amostra e 66% desconhece o seu significado (Gráfico n° 25).

Os sintomas de açúcar alto (hiperglicemia), são identificados como sintomas de açúcar baixo por 17% da amostra e 68% desconhece o seu significado (Gráfico n°26).

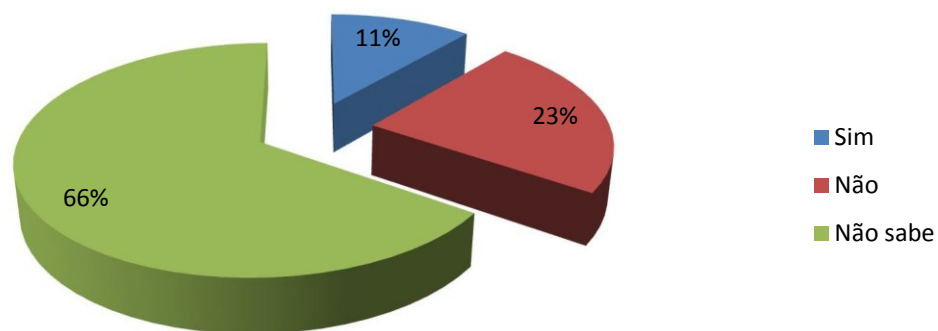


Gráfico nº 25- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre Sintomas e sinais de hiperglicemia.

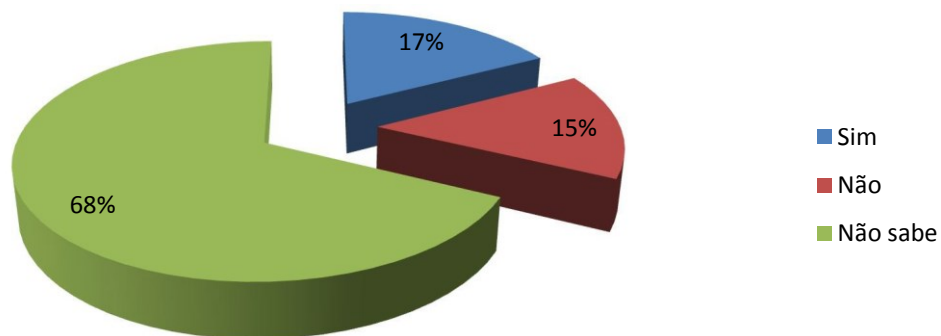


Gráfico nº 26- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre Sintomas e sinais de hipoglicemia.

A medicação é considerada como mais importante que os restantes componentes do regime terapêutico por 42% dos participantes. Como se pode verificar no gráfico nº 27.

Apenas 18% consideram que a melhor forma de avaliar a sua diabetes não é através de testes à urina. Como se pode ver no gráfico nº28.

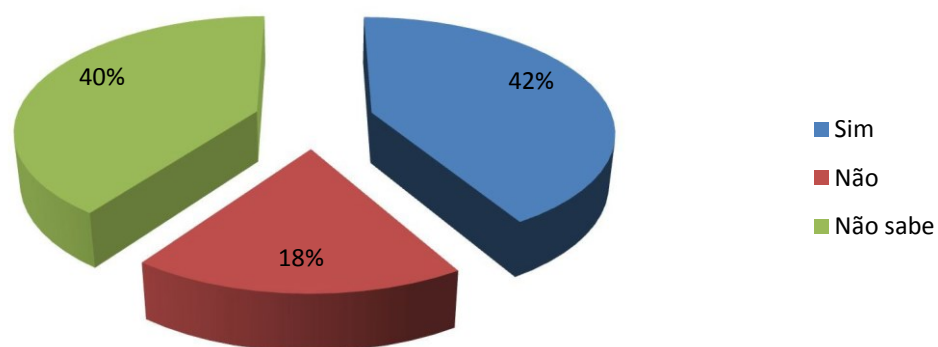


Gráfico nº 27- Distribuição dos inquiridos quanto a importância dos medicamentos versus dieta/exercício físico.

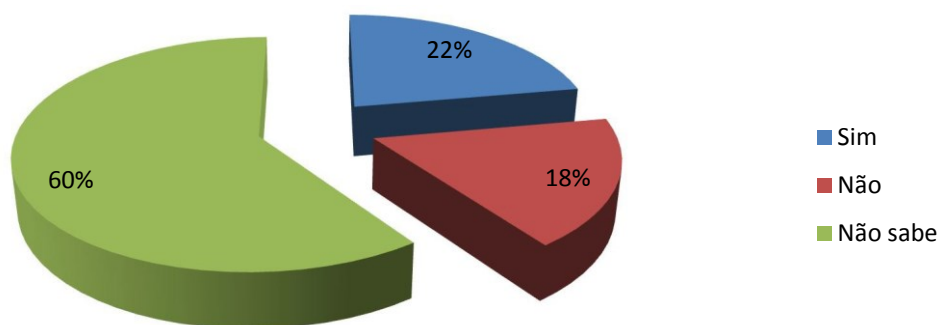


Gráfico nº 28- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre melhor forma de avaliar a diabetes.

Quanto à alimentação, existe ainda a falsa crença, para 64% dos inquiridos, que uma dieta para diabéticos consiste em comidas especiais. Só 5% dos inquiridos acha que não. Conforme se pode verificar no gráfico nº 29.

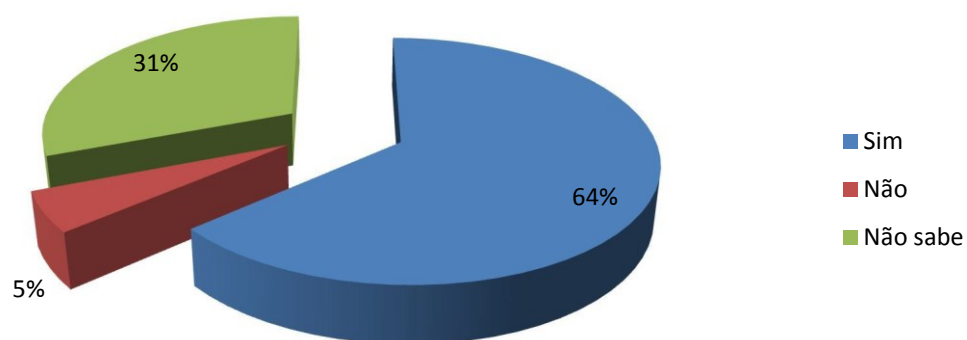


Gráfico nº 29- Distribuição dos inquiridos quanto ao conhecimento sobre dieta.

As perguntas que apresentaram maior nível de dificuldade, com uma proporção de respostas corretas inferiores a 20%, foram - "Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da diabetes"; - "A diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar"; "Os rins produzem insulina"; " Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue"; Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais".

Quanto, à percepção dos participantes sobre recomendações que um profissional lhe possa ter feito, indica-nos que apenas 8% dos participantes referem que, na última visita ao centro de saúde, pelo menos um dos profissionais de saúde lhe terá perguntado se fumava. A salientar que 96% dos participantes não fumam.

A dieta é o aspeto sobre o qual os participantes têm a maior percepção de lhe terem sido fornecidos conselhos por profissionais de saúde 65,8%. Uma dieta pobre em gordura é referido como tendo sido aconselhado por 49% da nossa amostra, 46,5% terão sido aconselhados a diminuir o número de calorias que ingerem, com o objetivo de diminuir o peso. Uma alimentação rica em fibras e a ingestão de muitos frutos e vegetais, pelo menos o equivalente a cinco doses por dia, foi aconselhado respetivamente a 40% e 52,9% da amostra e 63,3% a comer poucos alimentos doces. Como se pode ver no gráfico nº 30.

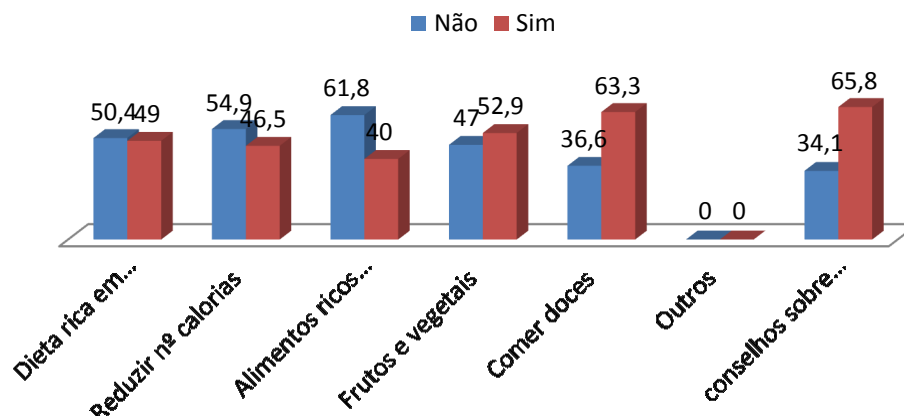


Gráfico nº 30- Distribuição dos inquiridos quanto as recomendações dadas sobre dieta pelos profissionais de saúde.

O exercício físico, foi aconselhado como parte integrante do regime terapêutico a 49% dos participantes, a diversos níveis; 50,9% sob a forma de exercício leve, como caminhar e 34,1% como atividade continuada, no mínimo 3 vezes por semana e durante 20 minutos. A integração de exercício físico na rotina diária (por exemplo, subir escadas em vez de ir pelo elevador, estacionar a alguma distancia e caminhar), foi referido por 30,1% como tendo feito parte do aconselhamento anterior. Apenas 13,8% foram aconselhados a praticar determinada atividade desportiva como natação ou ginástica, entre outras. Conforme se pode visualizar no gráfico nº 31.

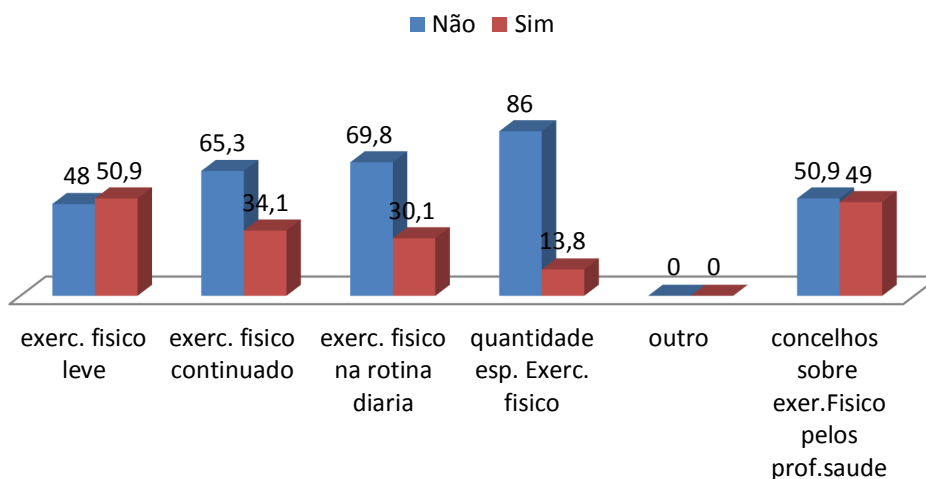


Gráfico nº 31- Distribuição dos inquiridos quanto as recomendações dadas sobre exercício físico pelos profissionais de saúde.

A monitorização da glicemia capilar, através de aparelho próprio para o efeito, foi referido como tendo sido aconselhado por 78,7% da amostra e apenas 0,9% refere ter sido aconselhado a efetuar pesquisa de glicosúria. Como se pode observar no gráfico nº 32.

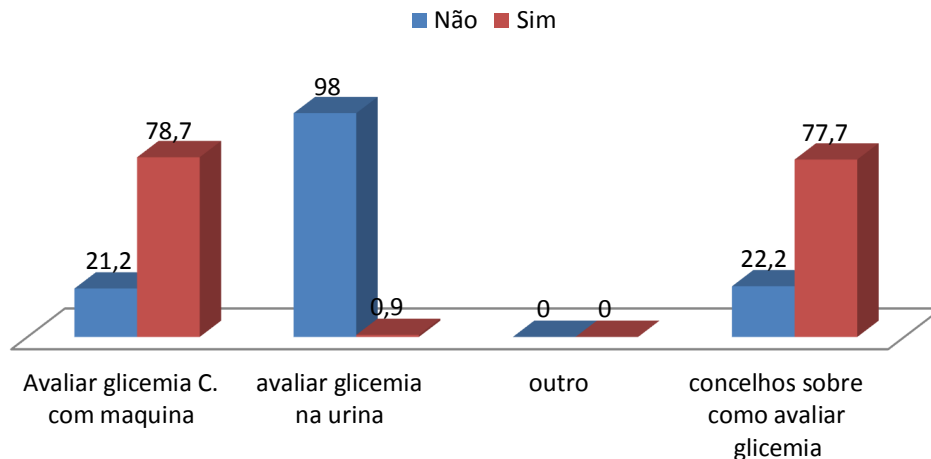


Gráfico nº 32- Distribuição dos inquiridos quanto as recomendações dadas pelos profissionais de saúde sobre avaliação da glicemia.

Relativamente ao aconselhamento sobre os cuidados a ter com os pés, 43% dos participantes referem ter sido aconselhados a ter algum tipo de cuidados com os pés. A aplicação diária de creme nos pés, foi aconselhada a 21,2%. No entanto 57,9%, não se lembra de ter sido alertado para os cuidados a ter com as unhas dos pés e, apenas, 18,8% foram aconselhados sobre o não uso de calçadas ou objetos metálicos para remover calosidades (hiperqueratose). Aquecer os pés em lareiras, aquecedores ou utilizar sacos de água quente foi desaconselhado a 17,8% da amostra e 17,8% a não andar descalço. Conforme mostra o gráfico nº 33.

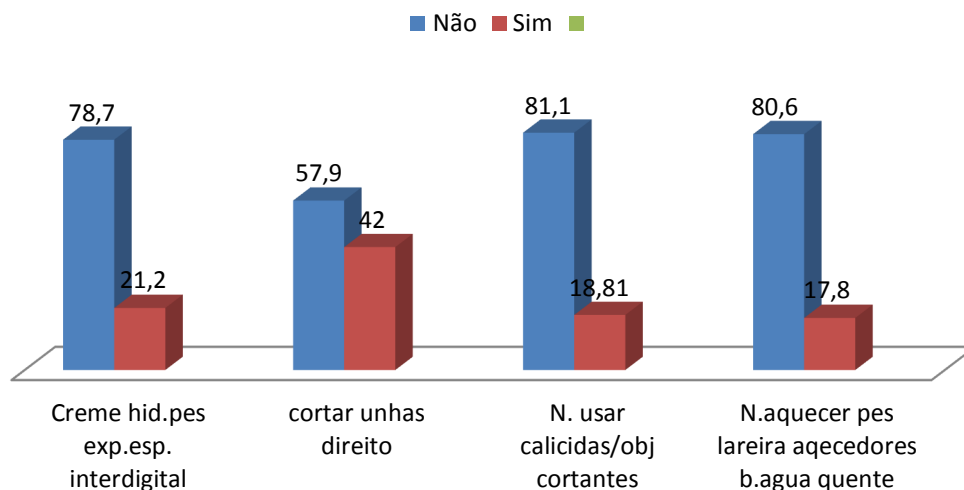


Gráfico nº 33- Distribuição dos inquiridos quanto as recomendações dadas pelos profissionais de saúde sobre cuidados a ter com os pés.

A terapêutica com medicamentos foi aconselhada a 100% da amostra, sendo predominante a terapêutica com antidiabéticos orais a aconselhada (100%), uma injeção de insulina por dia foi aconselhada a 4,9% dos participantes. Como se pode verificar no gráfico nº 34.

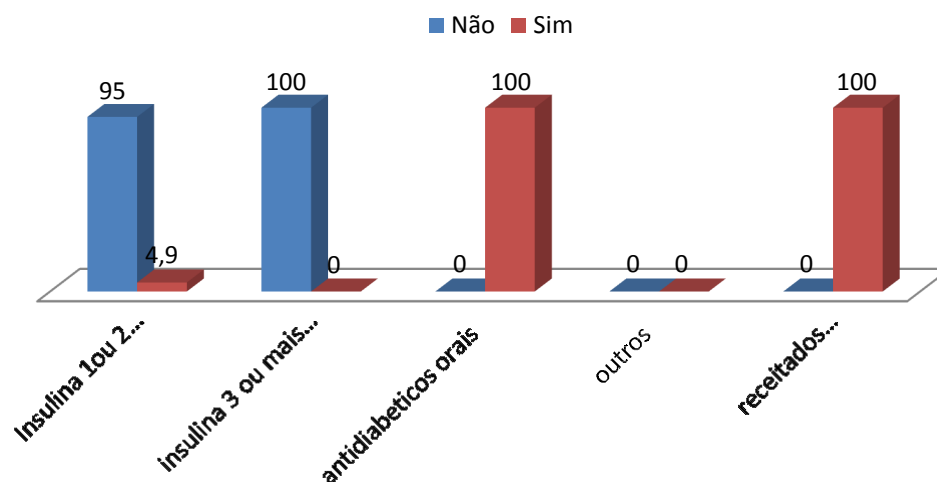


Gráfico nº 34- Distribuição dos inquiridos quanto antidiabéticos receitados pelo médico.

Após reflexão dos resultados obtidos no diagnóstico da população em estudo, pode-se constatar que pão à refeição principal é um erro comum nesta população,

fazendo parte da alimentação tradicional. Resultados idênticos foram obtidos no estudo, Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 (Bastos,2004). Os componentes do regime terapêutico com melhores níveis de adesão referem-se à dieta.

O exercício físico é um aspeto em que existe menor adesão, o que tal como refere Carvalheiro,” Portugal é o país da europa em que a população menos adere à pratica de exercício físico “ (Carvalheiro,2003,p.6-9).

A medicação é a dimensão em que existe o melhor nível de adesão, a crença que a medicação tem no regime terapêutico do diabético um papel mais importante que a dieta ou o exercício físico é verificado no questionário de conhecimentos, quando se questiona se a medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a diabetes, apenas 18,8% dos participantes responde corretamente. Culturalmente as pessoas aceitam melhor uma prescrição de medicação do que uma mudança no seu estilo de vida, além disso estes aspetos exigem maior disponibilidade da equipa de saúde para motivar, informar e ensinar a pessoa como gerir a sua doença.

Os resultados sugerem que os participantes têm poucos conhecimentos sobre as causas da diabetes, fisiopatologia, sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, surgindo com uma evidência clara, a **Iliteracia em saúde nesta população portadora de diabetes tipo 2**. É com esta reflexão na mente que partimos para o desenvolvimento deste projeto, que se mostra urgente e necessário.

4.5 – FUNDAMENTAÇÃO DO PLANEAMENTO

A metodologia utilizada na construção do projeto foi a, metodologia de Planeamento de projetos por objetivos (MPPO) a qual é uma ferramenta de diagnóstico, planeamento, acompanhamento de implementação e avaliação de projetos realizados num determinado contexto (Pena,2004).

A MPPO tem como base o ciclo de projetos, no qual existe um diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação e em cada fase existe um conjunto de ações e ferramentas a elas associadas.

De acordo com a MPPO a fase de diagnóstico inicia-se com a elaboração de uma listagem de problemas identificados, árvore dos problemas (anexo VII), sucede-se a fase de planeamento a qual corresponde á definição de medidas de resolução dos problemas no Quadro de Medidas (anexo IX) e à criação de um quadro com

orçamentos, resultados e objetivos a alcançar, a Matriz de Planeamento de Projetos (anexo X) A fase de implementação consiste em aplicar as medidas planeadas, tendo como guia a Matriz de Planeamento de Projetos. Por fim, a fase de avaliação corresponde à avaliação do alcance dos resultados previstos na Matriz de Planeamento de Projetos.

Considerando a problemática escolhida, o contexto em que se insere o projeto de intervenção e após elaboração da árvore dos problemas e diagnóstico dos problemas, partiu-se para a reflexão do se pretendia e quais os objetivos (anexo XIII) que se visionavam atingir.

Com o desenho do projeto em mente e conhecendo os défices de literacia relativamente á diabetes tipo 2, tem-se como finalidade de projeto, promover a literacia em saúde, através da implementação do projeto: Empoderamento da pessoa com Diabetes Tipo 2.

Como objetivos do projeto, pretende-se criar um espaço de aquisição/desenvolvimento de competências na área da gestão da saúde/diabetes Tipo 2 e que a população da freguesia de Santiago do Cacém, com idade igual ou superior a 65 anos de idade portadora de diabetes Tipo 2 possa desenvolver competências na área da gestão de saúde e autocuidado.

No planeamento em saúde, enquanto processo contínuo, cada etapa está ligada à anterior, sendo que depois da definição dos objetivos, segue-se a definição das intervenções (Imperator & Giraldes, 1993).

A seleção das estratégias é uma das etapas mais importantes no processo de planeamento em saúde, uma vez que pretende propor formas de intervenção que permitem alcançar os objetivos definidos (Imperator & Giraldes, 1993). Sugere-se como princípios estratégicos o estabelecimento de parcerias, a qualidade e integridade dos resultados. Sabe-se que a chave para garantir a equidade no acesso dos doentes consiste em assegurar as ligações formais entre as parcerias, Para isso, é extremamente importante que os profissionais disponham de tempo para que exista uma articulação, investimento e o desenvolvimento de uma verdadeira atenção partilhada.

Reorganizar o trabalho e a maneira de pensar, é necessário, tanto para os profissionais de saúde como para os utentes, contudo esta mudança não pode fazer-se num dia, há um caminho longo a percorrer, o primeiro passo está dado com o desenho deste projeto. Contudo é um caminho longo que implica rigor e precisão, reorganizando e modificando a forma de trabalhar, centrando-a no doente e nas suas necessidades, tendo sempre em conta os constrangimentos institucionais e a realidade em que nos inserimos.

Perante a contextualização apresentada, frisando a responsabilidade individual, enquanto Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, é fundamental redefinir e reorganizar as formas de prestação de cuidados e de trabalho, no âmbito dos Cuidados ao diabético tipo 2.

Assim, numa ótica de garantir o acesso, a equidade e a continuidade dos cuidados identificou-se como sendo prioritário a reorganização dos cuidados ao diabético tipo 2, dos mecanismos de relacionamento, de promover a capacitação e empoderamento, através da realização deste projeto.

Neste sentido, considerando os objetivos do projeto, foi necessário realizar várias intervenções no centro de saúde, para obtenção de um ponto de partida e de uma direção comum. Inicialmente, houve necessidade de identificar os intervenientes e criar uma apresentação com a intenção de revelar a essência do projeto. Esta apresentação decorreu na reunião geral da UCSP no dia 17 de Maio de 2011, em que estiveram presentes vários grupos profissionais do Centro de Saúde de Santiago do Cacém e também o Diretor Executivo, enfermeira Vogal e Diretor Clínico do ACESAL, a apresentação teve um carácter flexível e interativo, na medida em que estava permeável a alterações perante as críticas e sugestões dadas.

Durante todo o processo foi e é fundamental a obtenção de consenso com os peritos, neste caso os intervenientes, uma vez que aumenta a probabilidade de implementação do projeto à posteriori.

Foi também extremamente importante fazer o levantamento dos recursos existentes e disponíveis no âmbito dos Cuidados ao diabético e realizar o diagnóstico desta população.

O agendamento das reuniões foi sempre feito com os intervenientes, de acordo com as suas disponibilidades e necessidades, via eletrónica ou pessoalmente.

A 07 de Junho de 2011, decorreu uma reunião com o diretor executivo, vogal do Conselho Clínico do ACESAL e Coordenador da UCSP de Santiago do Cacém, para viabilização do projeto. Esta reunião foi importante para fazer a caracterização dos recursos existentes e considerou-se que o projeto tinha pertinência. No sentido de aprovação do projeto pela Direção do ACESAL, em termos estratégicos, alertou-se para se antecipar uma análise SWOT do projeto, quais os custos, qual o calendário de implementação (um ou dois anos), quais os canais de comunicação previstos, quem coordenará o projeto, qual o grupo de trabalho, quais as pessoas de referência e, eventualmente, estabelecer um projeto piloto.

A 08 de Junho de 2011, decorreu uma reunião com o Autarquia de Santiago do Cacém, em que estiveram presentes presidente da Camara Municipal e Vereador da Saúde para viabilização do projeto. Esta reunião foi importante para apresentação do

projeto, averiguar possível parceria, fazer a caracterização dos recursos existentes e considerou-se que o projeto tinha pertinência. No sentido de aprovação do projeto pela Autarquia de Santiago do Cacém, em termos estratégicos, alertou-se para se antecipar quais os custos, qual o calendário de implementação (um ou dois anos) e quais os contributos desta parceria.

Entre 27 e 30 de Junho de 2011 deu-se início à identificação das pessoas portadoras de diabetes tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade, através das listas dos utentes da consulta de enfermagem ao diabético da extensão de Santiago do Cacém. Foi um processo moroso, visto termos de percorrer as várias listas existentes por médicos de família desta extensão e identificar os diabéticos da população em estudo pretendida.

Entre 30 de Junho e 30 de Setembro de 2011 decorreram os inquéritos à população em estudo, tivemos como instrumentos de colheita de dados "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDCA) e o "Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ). Após conclusão destes, procedeu-se à análise dos dados tendo-se concluído o diagnóstico a esta população a 04 de Novembro de 2011.

A 30 de Junho de 2011, decorreu reunião informal com os Enfermeiros da UCSP de Santiago do Cacém, para dar conhecimento da fase em que o projeto se encontrava e dar seguimento ao mesmo com os contributos de todos.

A 01 de Setembro de 2011, realizou-se reunião com os vários intervenientes no projeto, equipa gestora do projeto, coordenador da UCSP, enfermeira coordenadora e psicóloga da UCSP de Santiago do Cacém, enfermeira coordenadora da UCC de Santiago do Cacém, para dar conhecimento da fase em que o projeto se encontrava e dar seguimento ao mesmo. Anteriormente, em Junho, já tinha ocorrido uma reunião para apresentar as principais linhas de ação do projeto, no sentido de perceber se este fazia sentido à instituição e se estava de acordo com as suas prioridades e diretrizes, tendo sido obtida aprovação para prosseguir.

A 07 de Setembro de 2011, decorreu nova reunião com o Autarquia de Santiago do Cacém, em que estiveram presentes, presidente da Câmara Municipal, Vereador da saúde, nutricionista e coordenador das piscinas Municipais para validar o projeto e acordar os contributos possíveis da nutricionista, profissionais de educação física e espaço físico para decorrer sessões de atividade física (aulas de Educação Física e/ou hidroginástica). Esta reunião foi importante para acertar e definir contributos, mediante os recursos disponíveis, considerou-se que o projeto tinha pertinência e possível a parceria a nível de contributos da nutricionista e dos profissionais de educação física, assim como da disponibilização uma vez por semana (45 minutos) do pavilhão de desportos nas piscinas municipais e 45 minutos por

semana de hidroterapia.

A 04 de Outubro de 2011 decorreu uma reunião com todos os profissionais de saúde (enfermeiros da UCSP e da UCC, psicóloga), com a presença dos Coordenadores da UCSP e da UCC, para validar o projeto e acordar os contributos de cada interveniente no projeto e sensibilidade para a participação no projeto como formadores.

A 15 de Dezembro de 2011 decorreu uma reunião com a Direção do ACESAL, com a presença da Diretor Executivo e da Enfermeira-Vogal e com o Coordenador da UCSP e UCC de Santiago do Cacém para apresentação formal do projeto. Nesta reunião foram levantadas questões importantes e pertinentes sobre, qual a melhor data para inicio das atividades do projeto devido aos constrangimentos atuais a nível de recursos humanos, organização dos grupos de formação, como se processará a divulgação do projeto.

A 6 de Janeiro de 2012 decorreu uma reunião com enfermeiros e psicóloga da UCSP, nutricionista da camara Municipal e enfermeiros da UCC para delineação do espaço físico, formadores, áreas de formação a desenvolver, como divulgar o projeto, definir frequência e formato das sessões de formação.

A 15 de Fevereiro 2012 decorreu reunião com enfermeiros e psicóloga da UCSP, nutricionista da camara Municipal, coordenador das piscinas municipais e enfermeiros da UCC para apresentação do projeto, respetivo formato e objetivos, discussão sobre a perspetiva/abordagem a ajustar nas sessões de formação a desenvolver, criação do sistema de monitorização das sessões de formação (anexos XI e XII.).

A 22 de Março 2012 decorreu nova reunião com formadores (enfermeiros, psicóloga da UCSP, nutricionista da camara Municipal, coordenador das piscinas municipais e enfermeiros da UCC) para delineação do cronograma de atividades formativas do Projeto (anexo XVII).

Todo este percurso não foi fácil, embora necessário, porque cada interveniente tem os seus interesses, tempo, constrangimentos e expetativas. No entanto, houve a preocupação de se tomarem as decisões para o projeto como «um todo» e de envolver todos estes intervenientes, ouvir e integrar os seus contributos e sugestões.

4.6 - RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Nesta primeira fase do projeto estiveram envolvidos vários intervenientes (Stakeholders) Diretor Executivo do ACESAL, Diretor Clínico do ACESAL, Vogal de enfermagem do ACESAL, Coordenador da UCSP, Coordenadora de enfermagem da UCSP, Coordenador da UCC, Enfermeiros da UCSP e UCC e Autarquia.

Os Sponsors envolvidos foram o ACESAL, Centro de Saúde de Santiago do Cacém e Camara Municipal de Santiago do Cacém.

Como gestor do projeto fica designado a Enfermeira Teresa Guerra e como equipa de execução do projeto, enfermeiros da UCSP e da UCC, Psicóloga da UCSP e professor de educação física e nutricionista da autarquia de Santiago do Cacém.

Como parcerias temos a Camara Municipal de Santiago do Cacem e UCC de Santiago do Cacém.

Relativamente aos recursos materiais, prevê-se que neste projeto sejam envolvidos, os espaços físicos já existentes tanto do centro de saúde como da autarquia, os computadores, o projetor multimédia, internet de banda larga, telefones, os documentos elaborados, papel de impressão, impressoras, tinteiros.

Para a previsão dos custos de implementação do projeto, que será abordado de seguida, estes foram obtidos por intermédio do coordenador da UCSP e da coordenadora de enfermagem da UCSP de Santiago do Cacém.

4.7 - ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Em Portugal, atualmente, uma das grandes preocupações é a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, expressa na adoção de políticas restritivas devido aos défices orçamentais, pela necessidade de contenção, racionalização e definição de prioridades.

Numa óptica de sustentabilidade financeira e independência, no sentido em que o projeto continua mesmo que as pessoas que estejam envolvidas na sua génese se tenham desvinculado, foram consideradas várias questões: quanto é que este projeto vai custar? É possível fazer mais e melhor com os mesmos recursos financeiros? É esta a melhor forma de utilizar os recursos? Será menos dispendioso e mais eficaz do que o existente? É simples? É sustentável a médio e longo-prazo? O

que se espera ganhar? As respostas a estas perguntas são transversais a este relatório.

No planeamento em saúde é extremamente importante definir e combinar os recursos humanos, materiais e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1993).

Relativamente aos recursos humanos, neste projeto, antecipam-se os custos em tempo gasto pelos profissionais na definição e início da implementação do projeto, que foi feito em horário de trabalho e pessoal, não acrescentando, por isso, custos. Como se prevê a utilização de recursos já existentes, em que as suas atividades devem ser realizadas em horário normal, não se prevê a necessidade de contratação de pessoal adicional. O que se prevê é que as pessoas tenham horas específicas, dentro do seu horário normal de trabalho, para a realização das atividades de formação dirigidas ao diabético tipo 2.

Relativamente aos recursos financeiros, antecipam-se os gastos nos sistemas de comunicação e equipamentos (computadores, impressora, internet, telefones, telemóveis). Os equipamentos já existem e são rentabilizados para outros fins, não acrescentando, por isso, custos de aquisição, apenas os de manutenção. Os documentos necessários foram elaborados em tempo próprio, em suporte de papel, não acrescentando despesa significativa para as instituições. A impressão de alguns suportes de informação, o envio de e-mails e os telefonemas são gastos irrisórios, uma vez que já existe uma engrenagem institucional que os suporta. O que acrescenta um custo são as deslocações dos profissionais para as atividades a desenvolver no projeto. A deslocação pode ser feita em transporte próprio (0,36€/km) ou em transporte do serviço.

Foi e será necessário tempo para o planeamento e implementação deste projeto. Este processo não tem de ser necessariamente linear, uma vez que o planeamento e a implementação (prevista para início de Setembro de 2012), podem ocorrer em simultâneo, o planeamento do projeto está concluído falta a sua divulgação pela população, formação dos grupos e implementação.

4.8 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma possibilita visualizar conjuntamente as diferentes intervenções que integram o projeto, num determinado período de tempo, antes e depois da sua realização. A sua principal limitação é não permitir a visualização das principais

intervenções e sua interdependência e ser de difícil leitura ou interpretação quando aplicado a projetos complexos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo estas diretrizes presentes, foram definidos dois cronogramas para este projeto, o primeiro, é de intervenções realizadas, que corresponde à fase de elaboração do projeto (anexo XIV); o segundo, é o de atividades das ações de formação programadas (2012-2013) (anexo XVII), que corresponde à fase de operacionalização, implementação e consolidação.

Neste momento, o projeto apenas contempla a extensão de Santiago do Cacém. No futuro, a longo prazo, pretende alargar-se este projeto a todas as extensões do centro de saúde de Santiago do Cacém, uma vez que a realidade verificada na extensão de Santiago do Cacém é transversal ao resto das extensões deste centro de saúde.

O projeto decorrerá por um período de um ano com início em Setembro de 2012. A avaliação do projeto só será feita passado esse ano, no entanto está prevista uma avaliação intermédia em Março de 2013.

O modo de avaliação será através dos inquéritos usados no diagnóstico da população Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDCA) e o Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ). Os grupos serão formados por utentes pertencentes à amostra do diagnóstico, para possível comparação dos resultados antes do projeto e após a implementação do projeto.

Os Utes que frequentem as atividades do projeto “Empoderamento da Pessoa com Diabetes Tipo 2” serão organizados em dois grupos formativos, O primeiro grupo terá início em Setembro de 2012 e o segundo grupo em Março de 2013. Cada grupo será constituído por um total de 15 utentes, para que se possa estabelecer uma relação de confiança e empatia entre os pares e os profissionais de saúde.

Cada sessão terá no início uma parte mais teórica, tendo sempre em atenção o grupo e as necessidades deste e outra parte de atividade física. As sessões de atividade teórica serão de uma hora duas vezes por semana e as de exercício físico de trinta minutos duas vezes por semana, Os temas teóricos a desenvolver serão no âmbito dos cuidados com a alimentação desde a sua confeção até à escolha dos alimentos, leitura dos rótulos e importância de uma alimentação equilibrada (como e porquê); cidadania e saúde (direitos e deveres); diabetes como doença crónica desde o seu diagnóstico à sua fisiopatologia, comorbilidades, prevenção das complicações, cuidados ao pé, vigilância do pé, higiene e conforto, vigilância do calçado, corte das unhas, calosidades, cuidados com aquecimento, porque não andar descalço, Importância da terapêutica não medicamentosa, importância da terapêutica

medicamentosa, o que significa ter a diabetes controlada tratamento e plano terapêutico, monitorização da glicémia (como e porquê); importância do exercício físico e atividade (como e porquê); importância de ser positivo e proativo (como e porquê), Terapia do riso, adoção de Comportamentos Saudáveis, atitude positiva perante a vida, haverá também um espaço de partilha entre os pares. As sessões de exercício físico irão englobar caminhada, ginástica de manutenção, step adaptado, equilíbrio, hidroginástica e relaxamento.

É fundamental criar oportunidades para a capacitação da pessoa portadora de diabetes tipo 2 através de promoção da saúde, encontros de partilha, de forma a promover os contatos entre os pares, para partilha de experiências e de conhecimento entre si.

A médio-longo prazo pretende-se que a população da freguesia de Santiago do Cacém, com idade igual ou superior a 65 anos de idade portadora de diabetes Tipo 2 desenvolva competências na área da gestão de saúde e autocuidado e, promover a literacia em saúde. Este projeto pode ser considerado a primeira etapa do processo de capacitação e empoderamento da população portadora de diabetes tipo 2 da freguesia de Santiago do Cacém.

4.9 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Segundo Ferreira *et al.* (2010), no âmbito da saúde tem-se incentivado e desenvolvido a abordagem de que o doente está no centro do sistema e as decisões tomadas devem ser baseadas nos resultados em saúde. Desta forma, o sistema tem de estar planeado em torno do conceito de valor para os seus utilizadores, pois o que se pretende de facto não é melhorar os cuidados de saúde, mas obter e melhorar ganhos efetivos em saúde.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel importante. No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b), o Artigo 4.º refere que são quatro os domínios das suas competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Este projeto de intervenção expressa uma responsabilidade profissional, ética e legal, para promover o acesso e a equidade a cuidados de saúde específicos e a melhoria contínua da qualidade. No mesmo regulamento (OE, 2010b), o Artigo 6.º,

sobre as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, destaca que o Enfermeiro Especialista deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica, representando este projeto um esforço e um exemplo disso mesmo.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2010c, p.2), no artigo 4.º, refere na alínea *a* que este: “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”. Este projeto revela a capacidade de estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade específica, após análise contextual, e de integrar na tomada de decisão as necessidades em saúde avaliadas, mediante as orientações estratégicas das políticas de saúde definidas. Este pretende ser um instrumento de resolução de problemas identificados, que contempla os recursos disponíveis e otimiza e maximiza os recursos necessários à realização das diferentes atividades, através da metodologia de planeamento em saúde.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2010c, p.2), no artigo 4.º, na alínea *c*, refere que este: “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”. Este projeto e relatório espelham o esforço e a necessidade de fazer uma pesquisa e revisão teórica das diretrizes internacionais e nacionais e das políticas organizacionais, no âmbito organizacional dos Cuidados ao doente diabético, de forma a integrá-las no projeto e a implementá-las no terreno. É importante planear pequenas alterações, suportadas na evidência, e avaliar se estas podem estar agrupadas a outras iniciativas e foi essa uma das intenções do projeto. Perante as necessidades identificadas e contextualizadas, foi feito o planeamento de forma a ser exequível e sustentável. Este projeto de intervenção manifesta a participação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na coordenação, promoção, implementação e monitorização do mesmo e introduz elementos de aperfeiçoamento.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b, p.4), no artigo 7.º, alínea *a*, refere que este: “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;” e, na alínea *b*, refere que: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.” Para a elaboração deste projeto, assim como para a sua implementação, é necessário envolver os responsáveis organizacionais e todos os elementos nas intervenções, disponibilizando informação baseada na evidência científica como suporte para a tomada de decisão

em saúde. É fundamental continuar a promover o trabalho em equipa e em parcerias, para garantir uma maior eficácia das intervenções, sendo claro necessário recorrer à negociação, para a obtenção de consensos, e à liderança, para a manutenção de uma direção comum. Este projeto é um contributo ativo e sustentável para o desenvolvimento da enfermagem e do trabalho em equipa e parceria.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2010c, p.2), no artigo 4.º, alínea *d*, refere que: “realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”. Este projeto desafia a investir em sistemas locais para identificação dos grupos vulneráveis, neste caso os no âmbito dos Cuidados ao diabético, de forma a monitorizar e melhorar a qualidade dos serviços prestados a esta.

Relativamente às aprendizagens profissionais, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b, p.4), no artigo 8.º, alínea *a*, refere que este: “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”. A realização deste projeto trouxe benefícios pessoais, profissionais e organizacionais. Como benefícios pessoais e profissionais: revela o compromisso com os doentes e o respeito pelos direitos humanos, éticos e legais; declara o esforço pelo desenvolvimento de competências técnicas (no âmbito do planeamento em saúde, metodologia de projeto, avaliação e monitorização), na área da comunicação (escuta ativa, assertividade, respeito, cooperação, negociação), gestão (da mudança, do tempo, da informação, da inovação no trabalho) e liderança (na relação direta com os intervenientes e representantes das instituições). Como benefícios organizacionais salienta-se o contributo para; obter ganhos em saúde através da integração e continuidade de cuidados; melhorar a acessibilidade aos cuidados, permitindo a otimização de recursos e a redução de custos diretos e indiretos com estes doentes. Estes benefícios organizacionais permitem maximizar a eficiência global do sistema de saúde e promover a excelência.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b, p.4), no artigo 8.º, alínea *b*, no domínio das aprendizagens profissionais, refere que este: “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

Num projeto, não existe uma melhor forma para o fazer ou começar, é o conhecimento de cada contexto em particular que determina a melhor maneira de o fazer. Por isso, apesar do planeamento feito e das intervenções realizadas, há que esperar para promover a sua implementação (Setembro de 2012), aquando da vinda de novos elementos de enfermagem.

A elaboração deste projeto exigiu, e a sua implementação exige, paciência, flexibilidade, respeito, reciprocidade, atitude de curiosidade, honestidade, receptividade e comunicação eficaz, numa ótica de sustentabilidade. Outras competências mobilizadas, que ainda não foram referidas, foram a capacidade de adaptação, de trabalho, a criatividade e persistência para promover as relações interpessoais, a obtenção de consensos e o desenvolvimento da coesão de grupo.

É difícil manter o foco nos objetivos do projeto quando existem outros domínios também por desenvolver e que são complementares. Este projeto desafia o presente, mas essencialmente o futuro. Mais do que as competências mobilizadas, identifica e orienta para as competências necessárias a adquirir.

O compromisso organizacional obtém-se a partir do envolvimento e apoio dos profissionais seniores, em especial chefias e coordenadores, e também das autoridades de saúde, uma vez que são necessários recursos humanos, financeiros e temporais, de forma a que as políticas organizacionais estejam alinhadas com as prioridades para melhorar os cuidados prestados aos doentes; e o compromisso comunitário obtém-se através dos grupos existentes na comunidade.

Sabe-se que a investigação, a avaliação e a melhoria da qualidade visam diminuir a variabilidade e a identificar e normalizar boas práticas (MCSP, 2007). Por isso, a avaliação sistematizada que gera evidência, formação contínua e investigação e a melhoria contínua da qualidade, são as quatro engrenagens que conduzem à evolução e melhoria das equipas (Gómez-Batiste *et al.*, 2005).

Este projeto centrou-se essencialmente nos sistemas de trabalho em parceria e na coordenação entre diferentes níveis de unidades e outros serviços de apoio. A prática deve ser baseada na evidência, deve apostar-se no desenvolvimento e testar os instrumentos de avaliação e medida, desenvolver os indicadores de avaliação (a curto, médio e longo prazo), desenvolver mecanismos de partilha das aprendizagens resultantes da avaliação e incluir esta aprendizagem no terreno.

5 - RESULTADOS OBTIDOS

Este relatório refere-se a um projeto de intervenção comunitário, pretende avaliar apenas a primeira fase, que é a sua conceção e elaboração propriamente dita.

Uma maneira simples e eficaz de avaliar a melhoria da qualidade é através de uma avaliação multidisciplinar e sistemática de quatro domínios: pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades. Baseando-se numa análise SWOT, é possível constituir os principais eixos de desenvolvimento de uma dada unidade, ao mesmo tempo que se identificam os modos de avaliar os ganhos em saúde.” (Monteiro, 2010, p.41).

Como forma de avaliação deste projeto foi pedido a cada um dos intervenientes, para fazerem a sua avaliação individual, utilizando como metodologia uma análise SWOT (Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças).

Consideram-se que os fatores internos organizacionais são os pontos fortes e fracos do projeto. O quadro seguinte esquematiza as respostas obtidas:

Dentro dos parêntesis está o número absoluto de pessoas que deram a mesma resposta. Analisando os resultados obtidos, salienta-se a diversidade de opiniões e de pontos de vista, com perspetivas complementares, não tendo havido uma concordância total em nenhuma das respostas obtidas.

Relativamente aos pontos fortes do projeto, centram-se essencialmente no trabalho em parceria, na experiência, qualificação, consolidação, reconhecimento, coordenação e qualidade assistencial.

Em relação aos pontos fracos, ou aspetos a melhorar, é importante distinguir os que podem ser melhorados através da intervenção da equipa e que estão ao seu alcance, daqueles em que a decisão está noutro nível. Avaliando os pontos fracos, o grupo pode melhorar na, promoção da formação pós-graduada e melhorar a comunicação de liderança para que seja mais , eficaz e motivacional. Todos os outros

pontos mencionados exigem tempo e toda uma estrutura e envolvimento político-comunitária, onde a equipa tem um papel importante, mas não determinante.

Relativamente aos fatores externos organizacionais, consideram-se as oportunidades e as ameaças externas ao projeto.

<p>FORÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parcerias com a UCC (2) -Parceria com a Autarquia (1) -Motivação das equipas (4) Abordagem multidisciplinar (3) Reforço do espírito de grupo (2) Capacidade dos intervenientes para o desenvolvimento do projeto (1) -Motivação para o reforço de formas de participação do cidadão (2) 	<p>FRAQUEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carência de recursos humanos para dar resposta a necessidades de saúde emergentes (5) -Falta de formação, pós-graduada e continuada em diabetes dos profissionais de saúde em geral (3) -Falta de disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde (1) -Dificuldade na comunicação de liderança (1)
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> Interesse e apoio dos líderes organizacionais (6) --Existência de uma Estratégia explícita de desenvolvimento de promoção da saúde (3) -promover a modificação de estilos de vida (4) -Mudança cultural e comportamental (4) -Promoção do vínculo relacional com a equipe de saúde (1) -Promoção da adesão terapêutica (4) -Satisfação dos utentes e dos profissionais (4) -Melhoria da qualidade de vida dos utentes (3) -Possibilidade de projeto piloto (2) 	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Resistência à mudança (4) -Insustentabilidade /ruptura financeira. (5) -Carência, a curto/médio prazo, de profissionais de enfermagem (5) -Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades, expectativas e preferências dos cidadãos (1) -Falta de tempo disponível para dedicar ao projeto (1)

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a elaboração dos projetos não fica completa sem que se proceda a uma análise provável dos obstáculos ou ameaças à respetiva execução. Estes autores referem que estes podem ser de vários tipos, nomeadamente, relativos a recursos como pessoal ou equipamento (em termos quantitativos ou qualitativos), meio ambiente, administrativo ou financeiros.

Quanto às ameaças, verifica-se que muitos dos possíveis riscos identificados são contextuais e não relativos propriamente ao projeto.

Analisando este quadro, muitas medidas de melhoria passam essencialmente pela comunicação e trabalho em parceria, manifestando-se em mudanças organizacionais, que nem sempre implicam o consumo de recursos adicionais, como é exemplo este projeto.

Neste projeto, definiu-se como indicadores de estrutura (em que se avalia o que se tem): o pessoal técnico, sua formação, estrutura física e recursos materiais. Relativamente ao pessoal técnico fará parte da equipa de execução do projeto, uma nutricionista, uma psicóloga, uma enfermeira com especialização em reabilitação, três enfermeiros com formação pós graduada em Diabetes, 3 enfermeiros com licenciatura, uma enfermeira com especialização em enfermagem comunitária, uma enfermeira com especialização em gerontologia, um técnico de motricidade física. Quanto ao espaço físico e recurso matérias já foram mencionados anteriormente no ponto 3.4. Outro indicador é a identificação das pessoas responsáveis, também já definido no ponto 3.3, referente à análise reflexiva sobre as intervenções.

Como forma de avaliação deste projeto foram elaborados indicadores de resultados e metas (anexo XI e anexo XII),

Neste projeto, definiu-se como indicador de execução (que avaliam o que se fez e como) respeitante à eficácia da intervenção: o número de reuniões previstas (11) e o número de reuniões realizadas (11). Inicialmente tinham-se previsto reuniões com Autarquia, Direção do ACESAL, coordenadores e profissionais da UCP e UCC, conforme cronograma de execução/atividades (anexo XIV), as quais no decurso da elaboração do projeto, se cumpriram, revelando-se uma mais valia para o projecto e na aquisição de contributos para a sua operacionalização.

Como indicadores de resultados (que avaliam o que se obteve) considerou-se se as atividades programadas foram realizadas, e a realização deste relatório. Pode-se referir que foram alcançados os resultados pretendidos. As atividades programadas foram realizadas, todos os enfermeiros e restantes intervenientes participaram no processo. O projeto foi reconhecido como relevante e uma mais valia para a obtenção de ganhos em saúde por todos os parceiros e validado por estes.

6 - LIMITAÇÕES

Com a plena consciência de que tal como todos os trabalhos de investigação e/ou projetos, também este esteve sujeito a algumas limitações, nomeadamente as dificuldades que os limites de tempo e as circunstâncias dos mesmos acabaram por gerar.

Essas limitações prenderam-se fundamentalmente com:

- ☐ A não existência de um diagnóstico feito a esta população e a necessidade prévia de realização deste antes do desenho do projeto.
- ☐ A faixa etária da população em estudo que levou a algumas dificuldades na condução das entrevistas para a realização do diagnóstico à população em estudo, motivado por défices de audição de alguns participantes.
- ☐ Existência de pouca bibliografia sobre os temas em estudo (Literacia em saúde, empoderamento, capacitação).

7- QUESTÕES ÉTICAS

Qualquer investigação efetuada junto dos seres humanos levanta questões morais e éticas, os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem, contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas por outro lado, lesar os direitos fundamentais das pessoas.

Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado este limite refere-se ao respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Foram determinados pelo código de ética, cinco princípios aos direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, sendo eles: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e equitativo.

No presente projeto, foi principal preocupação, o cumprimento destes cinco princípios de forma a assegurar a validade do estudo e a proteger os direitos e liberdade das pessoas que nele participam. Assim, a participação dos inquiridos que participaram foi voluntária, o estudo não foi desencadeador de danos físicos ou psicológicos para os inquiridos, o instrumento de colheita de dados teve caráter anónimo e os dados recolhidos não foram utilizados para outros fins.

No sentido de ser facultada a autorização para se proceder à aplicação dos questionários foi elaborado um pedido por escrito, em que constou o fim e objetivos do estudo, a população em estudo, os recursos necessários e a finalidade da realização do estudo. Este pedido foi enviado ao Coordenador da UCSP do Centro de Saúde de Santiago do Cacém e autorizado, posteriormente.

8 - CONCLUSÃO

Ao considerar os diversos aspetos inerentes à complexidade da diabetes mellitus, tais como as restrições alimentares necessárias, o tratamento com medicamentos, a alteração da função de diversos órgãos e segmentos do organismo, o impacto pessoal, familiar e social da doença, os profissionais de saúde têm sentido cada vez mais a necessidade de desenvolver ações com vista à capacitação e empoderamento voltadas para o diabético. Contudo essas ações de educação não se devem basear só no aconselhamento mas sim que assente em estratégias que facilitem essa mudança. É necessário promover a identificação de crenças, motivações, dificuldades e apoios que possam promover determinados comportamentos e só depois partir para a ação da capacitação, só assim se conseguirá ganhos efetivos em saúde e ir de encontro às necessidades da população portadora de diabetes tipo 2.

Para muitos diabéticos é fundamental sentir que existe um espaço em que podem conversar com outros que se encontram na mesma situação, que partilham os mesmos medos, preocupações, problemas, ansiedades e dificuldades e aprender estratégias para lidar com as situações mais difíceis com que se confrontam no seu quotidiano.

Estimular a construção de conhecimentos por meio de uma perspetiva relacional e interativa em que os problemas e as soluções são partilhados num ambiente empático e seguro, tem mostrado ser uma estratégia efetiva de promoção da saúde. Em suma, a participação do enfermeiro terá como finalidade, a modificação de hábitos e estilos de vida, o aumento da adesão ao autocuidado e o potenciar dos recursos pessoais para enfrentar a doença.

A intervenção precoce para prevenção das complicações da diabetes é fundamental, com ênfase em modificações de hábitos de vida, principalmente no que diz respeito à inatividade física e à prevenção da obesidade.

O projeto de intervenção tem o seu foco no delinear de estratégias com vista ao empoderamento em saúde da população Diabética Tipo 2, da freguesia de Santiago do Cacém, no contexto da promoção da literacia em saúde, através da implementação de sessões de educação para a saúde, sessões de atividade física e sessões de partilha.

Este projeto constitui-se como, um mecanismo de apoio à capacitação da população através da literacia em saúde, promovendo o conhecimento e adesão ao regime terapêutico, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. Este permitirá também dar apoio e ajuda na tomada de decisões informadas, potenciando as suas escolhas de saúde, promovendo a aquisição de competências na área da gestão de saúde e autocuidado.

9 - **BIBLIOGRAFIA**

- Agrupamento dos Centros de saúde do Litoral Alentejano (2009).Regulamento interno do Agrupamento de Centros de Saúde do litoral alentejano. Documento não publicado. Alcácer do Sal: ACESAL
- Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral (2009). Diagnóstico de Atividades de Governação Clínica do ACES Alentejo Litoral. ACESAL: Conselho Clínico do ACESAL.
- American Diabetes Association (1997, Julho): Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 20. (7), 1183-1197.
- American Diabetes Association (2002, Janeiro). Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 25. (1), S33-S49.
- Ana Lúcia Ramos. (2001) Empoderamento em Saúde: O papel do enfermeiro. Recuperado em 2011, Novembro 22. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n3_Jan2007.pdf
- Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J.Pender (2002). Recuperado em 2011,Dezembro 02.Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>,
- Anderson, R.M.; Funnel, M.M.; Butler, P.M.; Arnold, M.S.; Fitzgerald, J.T. & Feste, C.C. (1995, Julho). Patient Empowerment. Results of a randomized controlled trial. Diabetes Care, 18. (7), 943-949.

-APDP (2009). Diabetes tipo 2: Um Guia de Apoio e Orientação. Lisboa: Lidel-edições técnicas,Lda.

-Associação de Diabetes Juvenil. Recuperado em 2011,Dezembro 20.Disponível em <http://www.adj.org.br/site/internas.asp?area=9933&id=610>,

-BASTOS, Fernanda (2004). Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Porto. Recuperado em 2011,Maio 05. Disponível em <http://repositorio.aberto.up.pt/handle/10216/9654>,

-Campos, L., Carneiro, A. (2010,Dezembro). PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016. A qualidade dos cuidados e dos serviços. Recuperado em 2011, Julho 01.Disponível em <http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/VazCarneiroLuisCampos.pdf>, consultado,

-Carmo e Ferreira (2008). Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem. (2ª Ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

-Carta de Otawa (1986). Primeira Conferencia Internacional Sobre Promoção da Saúde. Recuperado em 2011,Junho 30. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>,

-Castel-Branco, N (2003, Janeiro/Março). Acção da Insulina. Diabetes Viver em Equilíbrio,Nº26,12-14. APDP

-Chao, S., Anderson, K. & Hernandez, L. (2009). Toward Health Equity and Patient-Centeredness: Integrating Health Literacy, Disparities Reduction, and Quality Improvement: Workshop Summary. Recuperado em 2011, Julho 01.Disponível em <http://www.nap.edu/catalog/12502.html>

-CORDEIRO, M. (1999). *“Avaliação da Saúde em Gerontologia”* in O Idoso – Problemas e Realidades. Parte IV, 51-62. Manual Sinais Vitais. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda.

-Dewalt, D. et al. (2004). Literacy and Health Outcomes. *J Gen Intern Med*, 19,1228–1239.

-Diabetes mellitus (2006). Tratamento e acompanhamento de DIRETRIZES SBD, Diretrizes da Sociedade Brasileira Diabetes. Recuperado em 2011, Novembro 28. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>.

-Dias, C. et al. (1996, julh/Setembro). Instrumento para Avaliação da Capacidade de Autocuidado de Pacientes Adultos – CADEM”. *R. Brasileira de Enfermagem*. Brasília. I. 49. (3), 315-332.

-Direcção Geral de Saúde e Sociedade Portuguesa de Diabetologia (1998). Diabetes Mellitus 1. In: Dossier Diabetes. Programa de Controlo da Diabetes Mellitus. Lisboa.

-Direcção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a saúde da pessoa Idosa. Lisboa. Ministério da saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Recuperado em 2011, Outubro 01. Disponivem em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

-Direcção Geral da Saúde (2005) – Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa. Ministério da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Recuperado em 2011, Outubro 01. Disponível em http://www.static.publico.pt/docs/pesoemedia/Programa_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005

-Direcção Geral de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa. Ministério da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Recuperado em 2011, Outubro 01. Disponível em <http://www.mgfamiliar.net/PNPED.pdf>

-Direcção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. . Lisboa. Ministério da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Recuperado em 2011, Outubro 01. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013262.pdf>.

-Direcção Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Pé Diabético. Lisboa. Ministério da Saúde.

-DUARTE, Rui et al (2002a). Diabetologia Clínica. (3ª ed.). Lisboa. Lidel. ISBN 972757162x. 43-56.

-Entidade Reguladora da Saúde (2011). Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus. Porto. Recuperado em 2011, Maio 01. Disponível em <http://www.ers.pt/atividades/estudos/DM%20Relatorio%20Final.pdf>. Consultado

-Ferreira, P.L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). O Valor dos Cuidados Primários. Perspectiva dos utilizadores das USF. 2009. Lisboa: Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

-FOSTER, Daniel W. (1998). Diabetes Mellitus. In: Fauci, Anthony S. et al. – Harrison's Principles of Internal Medicine. 14ª ed. United States of America: McGraw-Hill, 1998. Cap. 334, 2060-2080.

-Foucault, M. (1996). *Hermenêutica do sujeito*. São Paulo. Martins Fontes.

-Foucault, M. (2004). *História da sexualidade 2: o cuidado de si*. Rio de Janeiro. Graal.

-GALLEGO, Rosa; CALDEIRA, Jorge. (2007) - Complicações agudas da diabetes mellitus. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Recuperado em 2011, Maio 05. Disponível em <http://www.wapmcg.pt/files/54/documentos/20080304103500953596.pdf>,

-Garcia, Alexandra. The Starr Country Diabetes Education Study-Development of the Spanish-Language Diabetes Knowledge questionnaire. Recuperado em 2011, Outubro 23. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/24/1/16.full.pdf+html>.

-George, J. (2000). Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional. 4ª. Edição. Porto Alegre. Artmed.

-Godsteini, Barry; Muller-Wieland, Dirk (2008). Diabetes Tipo 2: Princípios e práticas (2ª edição) Novartis.

-GOLDSTEIN, D. E. et al. (2003). Test of glycemia in diabetes. *Diabetes Care*. 26, (1), 106-108.

-Gómez-Batiste, X., Porta, J., Tuca, A., & Stjernswärd, J. (2005). *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos*. Madrid: Arán.

-Gonçalves LHT; Schier J. (2005, Abr-Jun). *Grupo Aqui e Agora: uma tecnologia leve de acção socioeducativa de enfermagem*. *Texto Contexto Enfermagem*. 14 (2), 9-271.

-Hackney, J., Weaver, T. & Pack, A. (2007). Health literacy and sleep disorders. A review. *Sleep Med Rev*, 12 (2)doi: 10.1016/j.smr.2007.07.002.

-HAMMERSCHMIDT, Karina (2007). O Cuidado Gerontológico de Enfermagem Subsidiando o Empoderamento do Idoso com Diabetes Mellitus. Dissertação de mestrado. Universidade federal do Paraná, Curitiba. Recuperado em 2011, Maio 30. Disponível em <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oKarinaHammerschmidt.pdf>,

-Imperatori, Emilio; Giraldes, Maria do Rosário (1993). *Metodologia do planeamento em saúde* (3ª edição) Escola Nacional de Saúde Pública.

-Improving chronic illness care (Melhoria dos Cuidados de Doenças Crônicas) (2004). *Modelo de cuidados em doenças crônicas*. Recuperado em 2011, Dezembro 20. Disponível em http://www.improvingChroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18

-International Council of Nurses (2006). The ICN code of ethics for nurses. Imprimerie Fornara: Geneva. Recuperado em 2011, Novembro 20. Disponível em <http://www.icn.ch>

-Institute of Medicine (2003). Competências das Pessoas em Literacia em Saúde. Recuperado em 2011, Junho 30. Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>

-Instituto Nacional de Estatística (2009).Recuperado em 2011, Junho 01. Disponível em

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2.

-Instituto Nacional de Estatística (2011).Census 2011- Resultados Provisórios
Lisboa: INE

-Laverack, Glenn (2004). Promoção de saúde. Poder e Empoderamento. Lusodidacta-Soc.Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

-Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). Promover a Saúde. Dos fundamentos à acção. Coimbra: Edições Almedina

-Machado,M.M. (2009). O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Adesão ao Regime terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Dissertação de mestrado. Universidade do Minho, Braga. Recuperado em 2011,Maio 05. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>

-Meleis, A. (2007). Theorical Nursing Development & Progress. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

-Mattioni FC, Budó MLD, Danieli GL (2010 Maio/Jun). Practice of health education in the perspective of problematization living conditions of a community. Rev Enferm UFPE, 4(esp),1308-314. Recuperado em 2011,Maio 22. Disponível em http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1095/pdf_118.

-Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

-Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Plano Estratégico 2010-2011*. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

-Monteiro, R. (2010, Abril). Participação. *Missão Cuidados de Saúde Primários*, 38-42.

-Nursing Theories(2011). Pender's Health Promotion Model.Recuperado em 2011, Dezembro 02. Disponível em <http://nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php>,

Nursing Theories (2011). Health Promotion Model. Recuperado em 2011, Dezembro 02. Disponível em http://nursingplanet.com/health_promotion_model.html.

-Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion International*, 15 (3), 259- 267.

-ONU (1991). Princípio das nações unidas para o idoso. Recuperado em 2011, Junho 30. Disponível em http://www.rnpd.org.br/download/pdf/idoso_onu.pdf.

-Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Recuperado em 2011, Setembro 11. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

-Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. (Versão Portuguesa ISBN 978-989-96021-9-9).Recuperado em 2011, Agosto 22. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf.

-Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Recuperado em 2011,Agosto 22 .Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

-Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Recuperado em 2011,Agosto 22. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

-Orem, D. E. (1983). *Nursing: concepts of practice*. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc.

-Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice*. 4ª ed. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc..

-Organização Mundial de saúde (1999, Maio) International consensus on the diabetic Foot by the International Working Group on the Diabetic Foot. Amsterdam, Netherlands

-Organização Mundial da Saúde (2002). A Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI. Recuperado em 2011, Novembro 22. Disponível em www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/portuguese2.pdf

-Organização Mundial da Saúde (2002). Saúde 21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS. (Trad: Sofia Abecasis) Documento original publicado em 1998. Loures: Lusociência

-Paiva, C (2001). Resumos Clínicos. Medicina Interna,7, (4).234-238. Recuperado em 2011,Novembro 22. Disponível em <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:icnRIOhZQFEJ>

-Pallás & Villa (1991). Metodos de Investigacion Aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A.

-Pinheiro, C.T.M. (2008). A Gestão das Doenças Crónicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primário - Unidade E. Dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.

-Pena, R et colaboradores (2004) – Metodologia de Planeamento de projectos por Objectivos (MPPO) - Manual do Formando- Porto-Bee-Consulting

-Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (2010) - Cidadania e saúde – um caminho a percorrer. Escola Nacional de saúde Publica. UNL

-Portugal, Assembleia da República (1998, Abril 21). Código Deontológico dos Enfermeiros. Diário da Republica, I Série- A (93), 1753 – 1756.

-Prokopenko,T (2010). Caracterização Global da Área de Intervenção do Serviço de Saúde Pública no Concelho de Santiago do Cacém. Documento não publicado. Unidade de Saúde Pública de Santiago do Cacém.

-Rede Social (2003). Diagnostico Social do Concelho de Santiago do Cacém no Âmbito da Rede Social. Documento não publicado .Câmara Municipal Santiago do Cacém.

-Região Digital do Litoral Alentejano (2007).Recuperadoem 2011,Junho17.

Disponível em <http://www.alentejolitoral.pt/PortalRegional/Servicos/Paginas/>

-Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal (2009). Diabetes: Factos e números; Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado em 2011, Junho 30. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-C5B7066C9731/0/i012326.pdf>,

-SAGREIRA, Luísa (2002). Diabetes no Idoso. In: DUARTE, Rui et al. Diabetologia Clínica. Lisboa: Lidel. ISBN 972757162x, 251-262.

-Santos, A.C.& Santos, I., (2010, outubro-diciembre) Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: Aplicação da teoria de Nola Pender. Texto & Contexto Enfermagem, 19(4), pp. 745-753

-Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Relatório de Atividades 2009/2010.Recuperado em 2011, Dezembro 20.Disponível em http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=175,

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2011).Definição, Diagnostico e Classificação da Diabetes melitus. Recuperado em 2011, Dezembro 20. Disponível em http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=159.

-Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e metabolismo (2010).Diabetes: Uma Abordagem Global. Lisboa: Euromédice-Edições Médicas, Lda.

-Soderhamn O.,(2001). Self-care as a structure: A phenomenological approach. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 7,183-189.

-SOUSA, Maria R.; PEIXOTO, Maria J.; MARTINS, Teresa (2008, Dezembro).

Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. Revista Referência, IIª série,8, 59-67. Recuperado em 2011, Outubro 30. Disponível em:

http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2121&id_rev=4&id_edicao=24 .

-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santiago do Cacém (2011). Plano de Atividades para 2011. Documento não publicado. Santiago do Cacém: UCSP

-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santiago do Cacém (2009). Regulamento Interno da UCSP de Santiago do Cacém. Documento não publicado. Santiago do Cacém: UCSP

-VALLONGO, Amélia et al. (2004). Viver com a Diabetes: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972 796 108 8.

-VAZ, Célia (2008). Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de Urgência. Dissertação de mestrado. Universidade Aberta, Lisboa. Recuperado em 2011, Novembro 01. Disponível em <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>

-Vieira, Sónia (2009). Conselhos para diabéticos. Loures: Lusociência-Edições técnicas e Científicas, Lda.

-Victor JF, Lopes MVO, Ximenes LB. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm;18(3):235-40. Recuperado em 2011, Dezembro 02. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>.

-World Health Organization (2003). Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. Geneva, 53-57

-World Health Organization (2009). The European Health report 2009- Health and Health Systems. Recuperado em 2011, Novembro 01. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf

ANEXOS

ANEXO I
(Questionário Inicial, Conhecimentos e Comportamentos do
Diabético Tipo 2)

QUESTIONARIO INICIAL

Conhecimentos e Comportamentos do Diabetico Tipo 2

Este questionario e parte de uma caracterizacao da populacao Diabetica Tipo 2 da freguesia de Santiago do Cacem a decorrer, no ambito do 1º Mestrado em enfermagem comunitaria, na escola de Superior de SaUde de Beja e no Centro de Saude de Santiago do Cacem. Tern por objectivo principal identificar factores determinantes na adesao ao regime terapeutico e nos comportamentos dos diabeticos tipo 2 de ambos os sexos.

So/icitamos e agradecemos a sua colaboracao no preenchimento deste questionario, pedindo que seja o mais fiel possivel a realidade. Os dados sao absolutamente confidenciais.

*Maria Teresa Beja Pereira Ferreira
Guerra, Enfermeira Especialista em
Enfermagem Comunitaria*

IDENTIFICACAO

1.1o LLI

2. Nome: _____

3. Morada: _____

4. Tf: _____ / _____

5. W Processo: _____

6. Data de Nascimento LLI /LLI !LLI

7. Medico de Familia: _____

8. W Utente: _____

**Parte 1 - Características Sociodemográficas
e Antecedentes Pessoais**

9. Quantos anos tem (anos completos)? _____

10. Sabe ler e escrever? _____

11. Quantos anos de escolaridade tem? _____

12. Qual a sua profissão? _____

13. Está reformado? _____

14. Tem alguma actividade de lazer? _____

15. Com que frequência confecciona (o próprio/outro) a refeição que ingere? _____

16. Com que frequência come fora de casa? _____

17. Há quanto tempo sabe que é diabético (anos/meses)? _____

18. Que tipo de tratamento iniciou nessa altura?

18.1. Dieta? _____

18.2. Exercício físico regular? _____

18.3. Dieta + exercício físico regular? _____

18.4. Comprimidos (antidiabéticos orais)? _____

18.5. Insulina? _____

18.6. Insulina + Comprimidos? _____

19. Que tipo de tratamento faz actualmente?

19.1. Dieta? _____

19.2. Exercício físico regular? _____

19.3. Dieta + exercício físico regular? _____

Parte 3- QUESTIONARIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES
Tradução para Português de "Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ -24)"⁷⁸

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a diabetes. Obrigado pela sua colaboração.

Questões	Sim	Não	Não Sabe	Codificação
28. Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	28_1
29. A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29_1
30. A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30_1
31. Os rins produzem insulina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31_1
32. Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32_1
33. Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33_1
34. A Diabetes pode curar-se.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34_1
35. O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35_1
36. A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36_1
37. O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	37_1
38. Há dois tipos principais de Diabetes: Tipo1 ("Insulino-dependentes") e Tipo2 ("não insulino-dependentes")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38_1
39. Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39_1
40. A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40_1

	Sim	Não	Não sabe	Codificação
41. A Diabetes frequentemente provoca má circulação.		<input type="radio"/>		
42. Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos.		<input type="radio"/>		
43. Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.		<input type="radio"/>		
44. Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodata e álcool.	<input type="radio"/>			
45. A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come.		<input type="radio"/>		
46. A Diabetes pode prejudicar os rins.		<input type="radio"/>		
47. A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés.		<input type="radio"/>		
48. Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue.				
49. Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue.		<input type="radio"/>		
50. Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.		<input type="radio"/>		sol_!
51. Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais.		<input type="radio"/>		

Parte 4 - RECOMENDAÇÕES PARA COM A DIABETES
Tradução e adaptação da escala "Summary of Diabetes Self-Care Activities" ⁷⁷

As questões que se seguem questionam-no acerca das recomendações que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas ou outros) possam lhe ter dado sobre os seus cuidados para com a diabetes. Obrigado pela sua colaboração.

52. HABITOS TABAGICOS		
52.1 Na sua última visita ao Centro de Saúde, alguém lhe perguntou se fumava?	00 Não 10 Sim	52Ld_1
52.2 Se fumava, alguém o aconselhou a parar de fumar ou o informou sobre programas para deixar de fumar?	00 Não 10 Sim 20 Não fuma	
53. DIETA		
Das seguintes opções, quais as que o seu médico, enfermeira, nutricionista ou dietista, lhe aconselhou que fizesse?		
53.1 Seguir uma dieta pobre em gordura	00 Não 1D Sim	53 d_1
53.2 Reduzir o número de calorias que come, para perder peso	0D Não 10 Sim	ml_1
53.3 Comer muitos alimentos ricos em fibra	00 Não 10 Sim	53Ju
53.4 Comer muitos frutos e vegetais (pelo menos 5 doses por dia)	00 Não 10 Sim	53.4l_1
53.5 Comer muito poucos doces (por exemplo: sobremesas, refrigerantes não "diet", chocolate)	0D Não 10 Sim	535l_1
53.6 Outros (especifique):	00 Não 10 Sim	536l_1
53.7 Mio me foram fonecidos conselhos sobre dieta pelo meu médico, enfermeira ou nutricionista.	00 Verdade 10 Falso	

54. EXERCICIO

Das seguintes opções, quais as que o seu médico, enfermeira, nutricionista ou dietista, lhe aconselhou que fizesse?

54.1. Praticar diariamente exercício físico leve (como por exemplo caminhar).

54.2 Praticar exercício físico continuado, durante pelo menos 20 minutos, e pelo menos 3 vezes por semana.

54.3 Praticar exercício físico na sua rotina diária (por exemplo, subir escadas em vez do elevador, estacionar a alguma distância e caminhar, etc.)

54.4 Comprometer-se com uma quantidade específica, tipo, duração e nível de exercício físico.

54.5 Outro (especifique):

54.6 Não me foram fornecidos conselhos sobre exercício físico pela minha equipe de saúde.

55. TESTE DE AÇÚCAR NO SANGUE

Das seguintes opções, quais as que o seu médico, enfermeira, nutricionista ou dietista, lhe aconselhou que fizesse?

55.1 Avaliar o açúcar no sangue usando uma máquina para ler os resultados ☐ Não ☐ Sim

55.2 Avaliar o açúcar na urina. ☐ Não ☐ Sim

55.3 Outro (especifique): ☐ Não ☐ Sim

55.4 Não me foram fornecidos conselhos sobre testar o nível de açúcar no sangue ou na urina, pela minha equipe de saúde. ☐ Verdade ☐ Falso

55 d_1

56. CUIDADOS COM OS PÉS		
Das seguintes opções, quais as que o seu médico ou enfermeira lhe aconselhou que fizesse?		
56.1 Aplicar diariamente creme hidratante nos pés, excepto nos espaços interdigitais		
56.2 Cortar as unhas a direito		
56.3 Não usar calçadas ou objectos metálicos para remover calosidades		
56.4 Não aquecer os pés em aquecedores, Jareiras ou com botijas de água quente.		
56.5 Não andar descalço		
56.6 Outro (especifique):		
56.7 Não me foram fornecidos conselhos sobre os cuidados com os pés, pela minha equipa de saúde.		
57. MEDICAMENTOS		
Quais dos seguintes medicamentos para a Diabetes o seu médico receitou?		
57.1 Uma injeção de insulina 1 ou 2 vezes por dia.	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	57_d_1
57.2 Uma injeção de insulina 3 ou mais vezes por dia.	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	ml_1
57.3 Comprimidos para a Diabetes, para controlar o meu nível de açúcar no sangue.	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	ml_1
57.4 Outro (especifique):	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	57.4_1
57.5 Não me foram prescritos insulina ou comprimidos para a Diabetes.	<input type="radio"/> Verdade <input type="radio"/> Falso	57.5_1

ANEXO II
(construção da Amostra)

	Menos fiável		Mais fiável (total)		Homens	Mulheres				
População diabetica com mais de 65 anos	Amostra (infinita)	Amostra			Homens	Mulheres	Amostra de Homens (menos fiável)	Amostra mulheres (menos fiável)	Amostra de Homens (mais fiável)	Amostra mulheres (mais fiável)
450	164	120,15	369	202,68	241	209	64,34494274	55,80	108,54904	94,1358877

IC 95% $x = \bar{x} \pm 1,96 \sqrt{p(1-p)/n} = \epsilon$

$$\text{Calculo da Amostra} = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * P(1-P)}{\epsilon^2}$$

$$Z_{\alpha/2} = 3,8416$$

$$P = 0,4$$

$$\epsilon = 0,05 \quad \epsilon^2 = 0,0025$$

Amostra

Freguesia	Amostra Pessoas diabeticas tipo 2		Total
	H	M	
Santiago do Cacém	108	94	202

ANEXO III
(Declaração de Consentimento)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do Projeto: "Empoderamento da pessoa com diabético tipo 2".

Designação do Estudo: "Diagnóstico da População Diabética com 65 e mais anos
Inscritos na Extensão de Santiago do Cacém"

Eu, _____ abaixo _____ assinado,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar,
tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.
A informação e explicação que me foi prestada englobaram a finalidade, os objetivos,
os métodos do estudo, tendo-me sido garantido o sigilo das informações dadas. Por
isso, consinto participar no estudo respondendo a todas as questões propostas e
permitindo acesso a dados que constem do meu processo clínico.

Santiago do Cacém, ____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:

ANEXO IV

(Autorização de estudo ao Coordenador da UCSP)

Autoriza a realizaco
do estudo conforme
proposto, salvaguardando-se
devido impedimento dos
interesses envolvidos.
27/6/2011

Ex. ^{mo} Sr.º Coordenador da UCSP de Santiago do Cacem

Maria Teresa Beja Pereira Ferreira Guerra, Coordenadora de Enfermagem da UCSP de Santiago do Cacem, vem solicitar a V.Ex.ª autorizaco para desenvolver neste Centro de Saude o Diagnostico da Populaco Diabetica tipo 2, da freguesia de Santiago do Cacem, o qual permitira conhecer o nivel de conhecimentos sobre a diabetes e regime terapeutico desta populaco, com o intuito de desenvolver um projecto de Empoderamento da Pessoa com Diabetes Tipo 2, a realizar no ambito do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitaria, a decorrer no Politecnico de Beja, Escola Superior de Saude de Beja. Para o efeito foi desenhado um estudo, no qual a colheita de dados sera efectuada pelo investigador principal, atraves de entrevista estruturada e a intervenco decorrerá com a participaco da enfermeira da consulta de diabetes, sob supervisao do investigador e seguindo um plano desenhado por este. O estudo decorrerá num periodo maximo de seis meses. Cada participante assinara uma declaraco de consentimento de participaco. (Anexo projecto).

Maria Teresa Ferreira Guerra
O investigador

Francisco Aguiar de Paiva
O orientador

ute<&o o. : J:t lo6 l<loH

ACES Alentejo Lda;
UCSP de Santiago do Cacem

ANEXO V

(Pedido de Autorização para uso do inquerito)

Request permission to use a summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDCA)

De: **Deborah Toobert** (Deborah@ori.org)
Enviada: segunda-feira, 24 de Outubro de 2011 00:59:28
Para: 'Teresa Guerra' (theresaguerra@hotmail.com)
2 anexos
Summary of Diabetes Self-DiabetesCare2000.doc (63,5 KB), SDSC-7studies-measure-rev.scale.pdf (56,7 KB)

Dear Teresa,
You have our permission to use the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire in your research project. The instrument is in the public domain, and permission is not required. (But you have it anyway). Attached is the 2000 Diabetes Care article with the SDSCA psychometric information. At the end of the article, there is an appendix with the questionnaire, and the scoring information. I am also attaching a user-friendly copy of the SDSCA instrument.

Best of luck with your research,
Deborah

Deborah J. Toobert, PhD
Senior Research Scientist
Oregon Research Institute
1715 Franklin Blvd.
Eugene, Oregon 97403
<http://www.ori.org/>

Phone: (541) 484-4421 ext. 2407
Home office (541) 338-8037
Fax: (541) 434-1505
email: deborah@ori.org

De: **theresaguerra@hotmail.com**
Enviada: domingo, 23 de Outubro de 2011 17:30:36
Para: Deborah Toobert

Dear Doctor Deborah J. Toobert

My name is Maria Teresa Guerra, i'm a nurse specialist in community health in Centro de Saude, in Santiago do Cacem, Portugal. As i am taking the Master Degree in Community Health at Polytechnic Institute of Beja, School of Health and my thesis is a project on Diabetes, i intend to evaluate the Diabetes Self-Care Activities before and after an education program. Therefore, i request your permission to use, translate and adapt to Portuguese, your Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA), published in Diabetes Care, 2000.
Thankful for your attention

Teresa Guerra

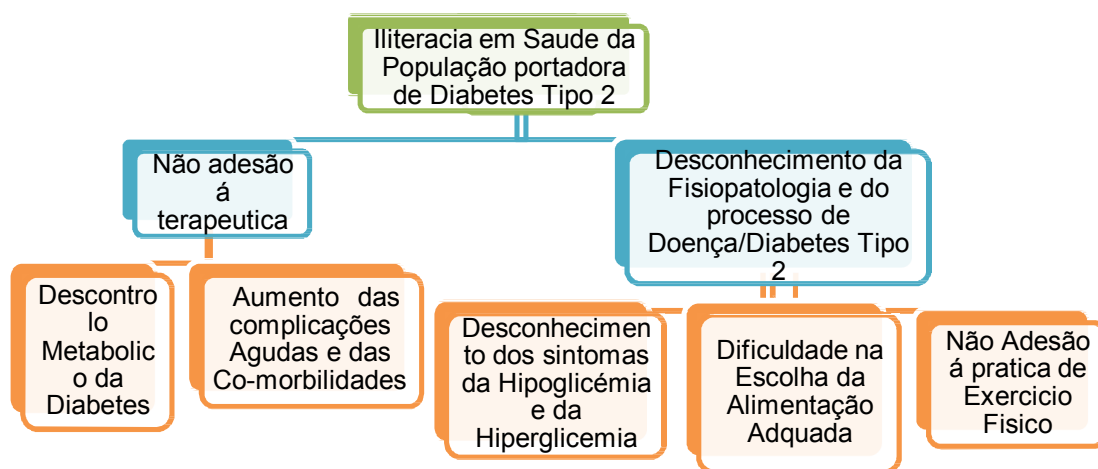
ANEXO VI

(Tabela de frequências relativas e absolutas)

TIPO DE AUTOCUIDADO	NUMEROS DE DIAS NA SEMANA															
	0		1		2		3		4		5		6		7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação saudável	10	5	2	1	8	4	19	9	15	8	40	2	16	8	91	45
Alimentação recomendada	92	46	0	0	7	4	10	5	9	4	45	22	3	2	35	17
Vegetais e fruta	3	2	4	2	9	4	14	7	19	9	37	18	11	5	108	53
Carnes vermelhas	27	13	21	10	43	21	44	22	26	13	26	13	2	1	13	7
Produtos lácteos	85	42	14	7	23	11	10	5	20	10	6	3	10	5	34	17
Pão às refeições	12	6	0	0	0	0	9	5	11	6	11	6	6	3	147	74
Mistura de Hidratos de Carbono	134	67	9	4	19	9	8	4	16	8	6	3	0	0	10	5
Álcool às refeições	168	83	19	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	7
Álcool fora das refeições	164	81	15	8	12	6	8	4	0	0	0	0	0	0	2	1
Consumo de doces	144	71	28	14	16	8	4	2	1	1	0	0	1	1	7	3
Uso de açúcar	170	84	2	1	0	0	3	2	0	0	5	3	0	0	20	10
Atividade contínua	85	42	19	9	10	5	12	6	8	4	3	2	4	2	61	30
Exercício contínuo	193	96	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	5	3	0	0
Avaliação glicemia	105	52	33	16	17	9	11	6	5	0	0	3	2	1	27	13
Monitorização recomendado	113	56	25	12	16	8	4	2	11	5	0	0	0	0	34	17
Examinar os pés	112	55	14	7	4	2	7	3	8	4	0	0	5	4	51	25
Inspecionar os sapatos	158	78	2	1	5	32	0	0	2	1	3	2	0	0	32	16
Lavar os pés	0	0	0	0	13	6	15	7	36	18	16	8	10	5	112	56
Deixar os pés em água	177	88	2	1	3	1	2	1	10	5	0	0	0	0	8	4
Secar pés	67	33	0	0	11	6	0	0	21	10	15	7	0	0	8	44
Insulina e/ou ADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	7	3	189	94

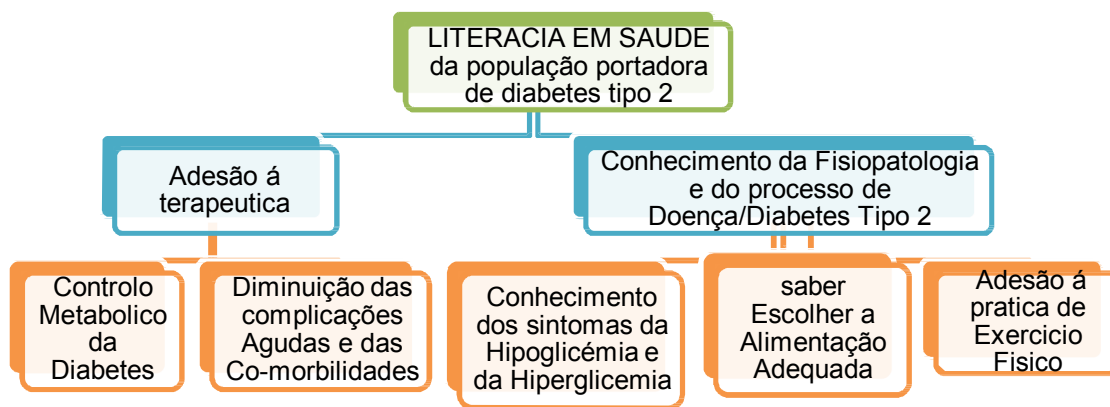
ANEXO VII
(Arvore dos Problemas)

Arvore dos problemas



ANEXO VIII
(Árvore dos objetivos)

Árvore dos objetivos.



ANEXO IX
(Quadro das medidas)

Quadro das medidas

Medidas	Problemas	Dificuldade no controle metabólico na Diabetes Tipo 2	Aumento das Complicações agudas e co-morbilidades	Desconhecimento dos sintomas da hipoglicemia e hiperglicemia	Dificuldade na escolha alimentação adequada	Não adesão á pratica de exercício físico
1-Sessões de Educação para a saúde		😊😊😊	😊😊😊	😊😊😊	😊😊😊	😊😊😊
2-Sessões de Exercício Físico		😊😊😊	😊😊😊	😊	😊	😊😊😊
3-Espaço inter-partilha		😊😊	😊	😊	😊	😊😊

Legenda: 😊😊😊-Muito importante 😊😊-Importante 😊-Menos importante

ANEXO X
(Matriz de planeamento do projeto)

HIERARQUIA DE OBJETIVOS	IDENTIFICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICÁVEIS	MEIOS/FONTE E VERIFICAÇÃO	PRESSUPOSTOS DO PROJETO
FINALIDADE: Promover a literacia em saúde, através da implementação do projeto: Empoderamento da pessoa portadora de diabetes tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> •Conhecimento do Plano terapêutico •Adesão ao Plano Terapêutico 	<p>Questionários</p> <p>Questionários</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Valor do projeto para a UCSP SC •Valor do projeto para o ACESAL
OBJECTIVOS: <ul style="list-style-type: none"> •Criar um espaço de aquisição/desenvolvimento de competências na área da gestão da saúde/diabetes tipo 2. •Que a população da freguesia de Santiago do Cacém, com idade igual ou superior a 65 anos, portadora de diabetes tipo 2, possa desenvolver competências na área da gestão da saúde e autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> •A Partir de fim de 2012 demonstrar conhecimento sobre metabolismo da diabetes, complicações agudas e crónicas, alimentação adequada, importância do exercício físico. 	SAPE/questionário	<ul style="list-style-type: none"> •Parceria com a UCC •Planeamento adequado •Organização dos procedimentos
RESULTADOS: •Conhecimento do Plano terapêutico •Adesão ao Plano Terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> •A partir de fim de 2012, 50% dos frequentadores das sessões de educação para a saúde demonstrem Conhecimentos do plano terapêutico •A partir de fim de 2012, 30% dos frequentadores das sessões de educação para a saúde demonstrem Adesão ao plano terapêutico. 	<p>SAPE</p> <p>SAPE</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Motivação dos intervenientes •Expetativas realistas •Competências dos formadores •Visão e objectivos claros.
MEDIDAS: 1-Sessões de Educação para a saúde 2-Sessões de Exercício Físico 3-Espaço inter-partilha	ORÇAMENTO/custos indirectos 1-700 Euros 2- 96 Euros 3- 96 Euros		

ANEXO XI

(Indicadores de resultado e metas ou seja Indicadores de execução)

Indicadores de resultado e metas ou seja Indicadores de execução

Fórmula de Cálculo	Meta Ano 2012
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões planeadas}} \times 100$	90%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ações de informação/divulgação da atividades realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de ações de informação/divulgação da atividades planeadas}} \times 100$	90%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Sessões de formação Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Sessões de formação Planeadas}} \times 100$	90%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que frequentam as atividades por sessão formativa}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas previstas por sessão formativa}} \times 100$	70%

ANEXO XII

(Indicadores de resultado e metas ou seja Indicadores de execução)

Indicadores de resultado e metas ou seja Indicadores de execução

Fórmula de Cálculo	Meta Ano 2012
$\frac{\text{Nº de pessoas portadoras de Diabetes Tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade que frequentam as Sessões educação para a saúde}}{\text{Nº de pessoas portadoras de Diabetes Tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade que foram identificadas como potenciais beneficiadoras das sessões de educação da saúde}} \times 100$	10%
$\frac{\text{Nº de Pessoas portadoras de Diabetes Tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade que frequentem as sessões de educação para a saúde que demonstram conhecimento sobre regime terapêutico}}{\text{Nº de pessoas portadoras de Diabetes Tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade que foram identificadas como potenciais beneficiadoras das sessões de educação para a saúde}} \times 100$	50%
$\frac{\text{Nº de Pessoas portadoras de Diabetes Tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade que frequentem as sessões de educação para a saúde que demonstram adesão ao regime terapêutico}}{\text{Nº de pessoas portadoras de Diabete Tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos de idade que foram identificadas como potenciais beneficiadoras das sessões de educação para a saúde}} \times 100$	30%

ANEXO XIII
(Distribuição das atividades)

	Enf.º Vogal do ACES	Equipa Gestão do Proj.	Coordenador da UCC	Coordenador da UCSP	Enfs. UCSP/ UCC
Reunião Geral com Diretor Executivo, Diretor Clínico e Vogal do ACESAL, Coordenador da UCC, Coordenador da UCSP e restantes Profissionais e enfermeiros do Centro de saúde de Santiago do Cacem para apresentar e avaliar sensibilidade para o projeto.	E	R+E	E	E	E
Reunião Geral com Diretor Executivo, Vogal do ACESAL, para viabilização do projeto.	E	R+E	E	E	E
Reunião Geral com presidente da e vereador da saúde da camara de santiago do Cacém, para viabilização do projeto.	E	R+E	E	E	E
Identificar pessoas com mais de 65 anos que sejam portadoras de Diabetes tipo 2		R+E	A	A	E
Decurso dos inquéritos á população em estudo	C	R+E	C	A	C
Reunião com Vogal do ACESAL, Coordenador da UCC, Coordenador da UCSP, enfermeiro coordenador da UCSP e restantes enfermeiros da UCSP de Santiago do Cacem para apresentar e avaliar sensibilidade para o projeto.	E	R+E	E	E	E
Reunião informal com enfermeiros da UCSP para dar conhecimento fase do projecto.		E			E+C
Reunião com intervenientes no projeto para validar o projeto e acordar os contributos de cada interveniente no projecto: ·Espaço físico, Formadores e Áreas de formação a desenvolver, Divulgação do Projeto, Definir frequência e formato das sessões de formação		R+E	A+E	A+E	E
Reunião Geral com presidente e vereador da saúde, nutricionista da camara de santiago do Cacém e coordenador das piscinas municipais, para validar projecto e contributos dos parceiros.		R+E	A	A	E
Reunião com com coordenador, enfermeiros e psicóloga da UCSP e coordenador e enfermeiros da para validar projecto e acordar contributos de cada interveniente e sensibilidade para a participação como formadores		R+E	A	A	E+R
Reunião com director executivo e enfermeira vogal do ACESAL e coordenadores da UCSP e UCC para apresentação formal do projeto	C	E	C	C	

Legenda: E- Execução A- Autorização C- Consultadoria R- Responsável pela execução

(Continuação do quadro)	Enf.º Vogal do ACES	Equipa gestão do projeto	Coordenad or da UCC	Coordenador da UCSP	Enfs. UCSP/ UCC
Reunião com enfermeiros , psicóloga da UCSP , nutricionista da Camara municipal, , coordenador das piscinas municipais e enfermeiros da UCC para: ·delineação do espaço físico, formadores , áreas de formação a desenvolver , como divulgar o projecto, defenir frequência e formato das sessõesApresentação do projeto , respetivo formato e objetivos; Discussão sobre a perspectiva/ abordagem a ajustar nas sessões de formação a desenvolver; ·Criação de sistema de avaliação das formações;.		E	E	E	
Reunião com formadores para: ·Apresentação do projeto "Empoderamento da Pessoa com Diabetes Tipo 2" , respetivo formato e objetivos; Discussão sobre a perspectiva/ abordagem a ajustar nas sessões de formação a desenvolver; ·Criação de sistema de avaliação das formações; ·Calendarização das sessões de formação.		E	E	E	

Legenda: E- Execução A- Autorização C- Consultadoria R- Responsável pela execução

ANEXO XIV
(Cronograma de atividades)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

[illegible]

ANEXO XV

(Cronograma de atividades da academia de saúde)

[illegible]

ANEXO XVI

(Plano de Formação da academia de saúde)

Temas a desenvolver	Áreas/ actividades a desenvolver	Objectivos	Duração (por grupo)	Local	Formador
O Projeto Empoderamento da pessoa diabética tipo 2: o que é, para quem é, que objectivos?	Boas vindas Apresentação do projeto (promotores e parceiros) Apresentação do grupo de utentes	Apresentar o projeto e Conhecer expectativas do grupo de pessoas inscritas	30 Minutos	UCSP Santiago do Cacem	Enf ^a Teresa Guerra
Saúde e cidadania	Que direitos têm os doentes diabéticos, Quais são os deveres dos diabéticos?	instruir sobre direitos e deveres diabético	1 Horas	UCSP Santiago do Cacem	Enf ^a Carla
Diabético e agora? “(Des)dramatizar”	O que é a diabetes, causas da diabetes, que tipo de diabetes existem, Eu diabético, Sinais e sintomas de Hipo e Hiperglicemia, Diabetes e Autovigilância, Medidas preventivas das complicações, agudas e das co-morbilidades À conversa (estimular a partilha entre pares).	promover conhecimento sobre fisiopatologia e etiologia da diabetes	5,30 Horas	UCSP Santiago do Cacem	Enf ^a Alexandra e Enf ^o André
Regime terapêutico	Importância da terapêutica não medicamentosa, importância da terapêutica medicamentosa, o que significa ter a diabetes controlada	promover o conhecimento sobre regime terapêutico	2 Horas	UCSP Santiago do Cacem	Enf ^a Filomena
Cuidados aos pés	Vigilância do pé, higiene e conforto, vigilância do calçado, corte das unhas, calosidades, cuidados com aquecimento, descalço não	promover o conhecimento sobre higiene e conforto aos pés	2 Horas	UCSP Santiago do Cacem	Enf ^o André
co-morbilidades não é um mito	O que são as co-morbilidades, porque acontece?	promover o conhecimento sobre co-morbilidades	1 horas	UCSP Santiago do Cacem	Enf ^a Filomena

Temas a desenvolver	Áreas/ actividades a desenvolver	Objectivos	Duração (por grupo)	Local	Formador
Alimentação saudável	O que é uma alimentação saudável? Como repartir os alimentos ao longo do dia, como confeccionar os alimentos, vou às compras (relação qualidade/preço dos alimentos, ensinar a ver os rótulos, adição de açúcares, etc) Importância da ingestão da água	promover o conhecimento sobre regime alimentar saudável	4 Horas	UCSP de Santiago do Cacem	Enfª Isilda
Importância do exercício físico	Porquê fazer exercício físico? Qual o exercício mais adaptado a mim	promover o conhecimento sobre a importância do exercício físico	2 Horas	UCSP de Santiago do Cacem	Enfª Alexandra
Ser positivo! "Deixa o sol entrar"	Importância de ser proactivo, Terapia do riso "Adopção de Comportamentos Saudáveis...uma decisão que depende de si!" Atitude positiva perante a vida	compreender a importância de uma atitude positiva perante a vida	2 Horas	UCSP de Santiago do Cacem	Enfª Susana
"Pela sua saúde, mexa-se"	Ginástica de manutenção Step adaptado Equilíbrio Caminhadas relaxamento	promover a actividade física	4 Horas	UCSP de Santiago do Cacem	Tecnico de Educação Física CMSC e Enfª Alexandra
TOTAL			24 Horas		

ANEXO XVII

(Cronograma de atividades formativas do projeto)

2012/2013

[illegible]

